

N° 63.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FIÈVRES INTERMITTENTES PERNICIEUSES CÉRÉBRO-SPINALES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

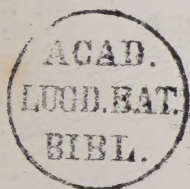
Le 20 Décembre 1882

Par Louis MATHIEU

Né à MENDE (Lozère).

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE NIMES (Concours de 1880).

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.



MONTPELLIER

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE BOEHM ET FILS

IMPRIMEURS DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES ET LETTRES

DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE DES SCIENCES MÉDICALES : ÉDITEURS DU MONTPELLIER MÉDICAL.

1882

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. J. BENOIT ☼ ✕..... DOYEN
 DUMAS ☼ } ASSESSEURS
 CASTAN }

PROFESSEURS :

Opérations et Appareils.....	MM. BOUISSON. O ☼ ✕, Doct. Ho.
Pathologie externe.....	BOYER ☼.
Accouchements.....	DUMAS ☼.
Clinique médicale.....	DUPRÉ ☼ C ✕.
Anatomie.....	BENOIT ☼ ✕.
Clinique chirurgicale.....	COURTY ☼.
Clinique médicale.....	COMBAL ☼ ✕.
Clinique des maladies mentales et nerveuses...	CAVALIER ☼.
Physique médicale.....	MOITESSIER ☼.
Anatomie pathologique et Histologie.....	ESTOR.
Médecine légale et Toxicologie.....	JAUMES.
Clinique chirurgicale.....	DUBRUEIL ☼.
Chimie médicale et Pharmacie.....	ENGEL.
Hygiène.....	BERTIN-SANS.
Pathologie interne.....	CASTAN.
Thérapeutique et Matière médicale.....	GRASSET.
Botanique et Histoire naturelle médicale.....	PLANCHON ☼ ✕.
Physiologie (Chargé du Cours).....	LANNEGRACE.

MARTINS (O ☼) FONSSAGRIVES (O ☼), Professeurs honoraires.

CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUES ANNEXES:

Clinique des maladies des enfants.....	MM. BATILE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées..	GAYRAUD.
Clinique des maladies des vieillards.....	HAMELIN.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. JACQUEMET.	MM. GARRIEU.	MM. MORIEZ.
PECHOLIER.	MAIRET.	REGIMBEAU ☼.
GRYNFELTT.	CHALOT.	TÉDENAT.
DE GIRARD.	BIMAR.	DUMAS fils.
SERRE.	LANNEGRACE.	
ROUSTAN.	MOSSÉ.	

M. F.-J. BLAISE, *Secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. BERTIN, *président* ;
 CASTAN, *professeur* ;
 HAMELIN, *agrégé* ;
 GRYNFELTT, *agrégé*.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur, qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MON BEAU-FRÈRE

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

L. MATHIEU.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Dr BERTIN-SANS

Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Montpellier.

A Monsieur le Docteur GRASSET

Professeur de Thérapeutique et Matière médicale à la Faculté de Médecine.

A TOUS MES MAÎTRES DE MONTPELLIER

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX DE NIMES

A Monsieur le Dr RAYNAUD, de Nimes

A MES COLLÈGUES D'INTERNAT

L. MATHIEU.

INTRODUCTION

Dans les contrées exposées aux effluves des marais, le praticien est appelé à observer des maladies fébriles d'une gravité extrême, et sur la nature desquelles il doit être rapidement fixé, pour que son action puisse être efficace: nous voulons parler des fièvres pernicieuses accompagnées de manifestations céphaliques, thoraciques ou abdominales, intéressantes à étudier à cause de la variété de leurs formes, de la soudaineté de leurs manifestations, de la gravité de leurs symptômes, et pouvant être dans la pratique le sujet d'erreurs de diagnostic qu'il est important d'éviter. En effet, le diagnostic de la nature de ces maladies n'est pas facile à poser, parce que bien souvent elles sont méconnues, soit que les renseignements fassent défaut, soit qu'on se laisse abuser par les symptômes. — On traite ces symptômes; mais la maladie poursuit sa marche vers la mort. Ce qu'on ne voit pas alors, c'est que les actes locaux sont sous la dépendance d'un état morbide qui les domine; les symptômes sont bien aussi le sujet d'indications thérapeutiques qu'il ne faut pas négliger, mais il faut surtout s'occuper de l'état général, dont ils ne sont, dans le cas actuel, que la manifestation. Derrière les troubles nerveux ou respiratoires, il importe au plus haut point, de voir la maladie essentielle, l'affection au quinquina.

Parmi les faits que nous avons relatés, il en est qui nous ont surtout frappé par les troubles nerveux qui y dominent.

Dans les auteurs que nous avons consultés pour nous éclairer sur cette question, nous n'avons trouvé que des observations isolées; des publications d'une grande valeur ont été faites sur les paralysies pernicieuses: nous citerons, parmi les plus récentes, celles du Dr Ouradou, de M. le professeur

Grasset, de Vincent et de Landouzy. Mais on n'a pas encore pensé à réunir dans un même travail les diverses manifestations cérébro-spinales des fièvres pernicieuses.

Une étude synthétique est certainement nécessaire : on a groupé les paralysies pernicieuses; il faut aussi grouper les convulsions et rapprocher les troubles moteurs de ceux de l'intelligence et de la sensibilité. Tel est le but que nous nous proposons d'atteindre.

Montrer ce qu'on doit entendre par fièvres pernicieuses, et, après un Historique rapide, réunir les diverses classifications pour adopter celle de Torti, en *solitariae* et *comitatae*, c'est ce que nous ferons dans une première partie.

L'existence de plusieurs groupes de fièvres pernicieuses étant ainsi démontrée, dans une deuxième partie, après avoir donné successivement des exemples de troubles intellectuels, moteurs et sensitifs dans le cours des accès pernicleux, nous pourrons décrire la Marche, montrer les lésions du côté des centres nerveux, rechercher les Causes, poser le Diagnostic et le Pronostic.



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FIÈVRES INTERMITTENTES PERNICIEUSES CÉRÉBRO-SPINALES



PREMIÈRE PARTIE.

Fièvres intermittentes pernicieuses.



DÉFINITION. — SYNONYMIE.

Les fièvres intermittentes pernicieuses, ainsi que l'indique leur dénomination, sont des affections intermittentes périodiques auxquelles s'est surajouté l'élément pernicieux : ce sont des fièvres à quinquina qui, en raison de leur gravité et de leur marche rapide, peuvent se terminer par la mort dans le cours d'un accès.

Les noms de fièvres malignes et d'accès malins sous lesquels elles sont vulgairement désignées, ont un sens différent.

« Sous l'expression générale de malignité, dit Guinier, la plupart des auteurs ont confondu une foule d'actes morbides tout à fait dissemblables : la putridité, l'adynamie, l'ataxie, ont tour à tour été désignées de ce nom ; la malignité, au contraire, exprime l'idée d'une atteinte directe des forces de la vie, une discordance, non plus dans l'exercice des fonctions,

mais dans les forces qui y président ; en d'autres termes, l'idée d'une imminence insidieuse de l'extinction directe et prochaine de la vie.» « Dans les maladies malignes, a dit Barthez, le système des forces du principe vital se trouve affaibli par une véritable résolution des forces de tous les organes qu'ont produite les causes primitives de ces maladies, en portant le plus grand désordre dans la succession des fonctions. » La perniciosité, dans le sujet qui nous occupe, est différente de cette malignité ; la malignité, se surajoutant à l'action malfaisante de l'affection qui produit les maladies spécifiques à quinquina, ne constitue pas la fièvre pernicieuse intermittente proprement dite.

Si on considère le résultat, il est certain que la malignité et la perniciosité se ressemblent au point de se confondre : toutes deux atteignent la vie dans son essence et amènent une imminence insidieuse de mort. Mais il y a quelque chose de plus dans la *perniciosité*, et les phénomènes qui la traduisent au dehors, comme le remède particulier qui en amène la guérison, permettent de la différencier de la malignité. La perniciosité des fièvres intermittentes spécifiques prend un aspect propre et des caractères distinctifs dans ses manifestations extérieures. Ces symptômes prédominants, si fréquents dans le développement de la perniciosité qu'ils ont servi de base à la plupart des classifications des fièvres intermittentes pernicieuses, constituent en effet une physionomie spéciale que l'on ne retrouve pas généralement dans les évolutions de la malignité ordinaire. Dans le développement, la marche et surtout la terminaison de leurs phénomènes, de grandes différences s'observent encore. La lenteur de la marche caractérise les maladies malignes.

La rapidité est le propre des maladies pernicieuses : brusquement saisi en quelques heures et souvent en moins d'une heure, le malheureux qui en subit l'atteinte passe de la santé à la mort.

Jaccoud insiste sur la distinction entre les fièvres intermittentes graves et la fièvre intermittente pernicieuse. La *fièvre grave* est une intermittente normale, la *pernicieuse* est une fièvre anormale : voilà le premier point. La gravité et le danger de la première ont pour cause les conditions individuelles du sujet, qui est faible ou débilité par une maladie antérieure,

soit une ténacité qui fait craindre le développement de la cachexie, soit enfin un accident tout fortuit, sans rapport aucun avec la fièvre palustre. La gravité, le danger de la fièvre pernicieuse est inhérent à l'accès, et il a pour cause l'anomalie même qu'il présente. L'anomalie consiste dans l'exagération dangereuse de l'un des phénomènes du paroxysme, ou bien dans l'apparition d'un phénomène nouveau, étranger à la symptomatologie normale de l'accès.

Mais ce qui caractérise surtout la fièvre pernicieuse, c'est le traitement. Tandis que le médecin est impuissant dès l'apparition de l'élément malin dans une maladie, il peut espérer au contraire un grand succès quand il s'agit de l'élément pernicieux; désarmé et sans défense dans le premier cas, il trouve dans le second une arme toujours sûre dans le quinquina.

Par son cours, ses phénomènes et son traitement, la fièvre pernicieuse se distingue de la fièvre maligne.

Les fièvres pernicieuses doivent être aussi distinguées des *fièvres larvées*. Une fièvre intermittente pernicieuse peut être en même temps larvée, c'est-à-dire se manifester par un symptôme apyrétique périodique, devenu tout à coup foudroyant et amenant la mort du malade; mais de ce fait il ne suit pas que la fièvre larvée soit une fièvre pernicieuse, distinction importante au point de vue du pronostic et surtout du traitement; toutes deux de même nature, l'une est grave, l'autre est bénigne. « La brusquerie de l'invasion et de l'augment; l'étrangeté et le mode de coordination insolite des symptômes; l'état de gravité de la maladie, quel que soit le phénomène qui la manifeste au dehors: tels sont les caractères auxquels on reconnaît la présence de la perniciosis. Si à ces caractères vient se joindre l'intermittence périodique, le diagnostic sera surabondamment éclairé. »

HISTORIQUE.

Hippocrate a vu certainement des fièvres intermittentes pernicieuses. A cette époque, le quinquina étant loin d'être connu, la fièvre périodique pernicieuse, endémique en Grèce, était plus meurtrière que la peste. Dans les deux livres sur l'Épidémie, Littre a découvert et marqué 16 observa-

tions de sub-intrantes, fièvres périodiques pernicieuses, en tierce ou double tierce.

Les caractères des fièvres pernicieuses n'ont été véritablement connus qu'à partir du xvii^e siècle, époque à laquelle parurent les travaux de Mercatus ; il faut en venir à Torti pour avoir une bonne description clinique. Dès les premières années de 1700, sous le titre *Therapeutice specialis ad febres periodicas*, il décrivit avec une grande précision les caractères des fièvres pernicieuses, et il posa en outre des préceptes thérapeutiques qui servent encore de règle de conduite. Quelques années plus tard, Werlhof publia plusieurs observations de fièvres pernicieuses à formes soporeuse, comateuse, ou apoplectique.

C'est surtout aux médecins militaires de l'Algérie et de nos Colonies que sont dus les nombreux travaux sur ce sujet. La Thèse inaugurale d'Alibert, en 1820, fut une dissertation sur les Fièvres pernicieuses ou ataxiques intermittentes. Bally, en 1825, publia un Traité anatomo-pathologique des fièvres intermittentes simples et pernicieuses. Enfin Maillot, en 1836, fit paraître un Traité des fièvres ou irritations cérébro-spinales intermittentes, d'après les observations recueillies en France, en Corse et en Afrique.

En 1846, le D^r Gouraud père, d'Avignon, présenta une relation très exacte de la fièvre intermittente pernicieuse dans les contrées méridionales, la Corse et l'Algérie.

Il serait trop long de signaler les nombreuses Thèses qui ont paru sur les fièvres intermittentes étudiées en général ; nous ne citerons que les principaux auteurs.

La Thèse inaugurale du D^r Guinier, en 1855, sur la Fièvre intermittente pernicieuse, vulgairement appelée accès malins, est une étude générale de la question qu'il sera toujours utile de consulter. Après avoir résumé et analysé les publications sur cette question, il assigne la valeur que l'on doit donner à cette expression dans le langage médical, arrête à grands traits les caractères qui permettent d'arriver à la démonstration de la spécificité ; en un mot, il définit et précise ce que l'on doit entendre par les mots fièvre intermittente pernicieuse.

Nous citerons encore les articles de Grisolle, Castan, Jaccoud, Hirtz, sur les Fièvres intermittentes pernicieuses ; ils reconnaissent tous la nature intermittente de ces fièvres et la nécessité de les combattre au plus vite par le sulfate de quinine.

« On donne le nom de pernicieuses aux fièvres intermittentes qui, en raison de leur gravité et de leur marche rapide, peuvent se terminer par la mort dans le cours d'un accès », dit Grisolle dans son *Traité de pathologie interne*.— M. le professeur Castan les définit : des fièvres à quina caractérisées par le danger immédiat dont elles s'accompagnent.

Nous pourrions rappeler les nombreuses observations qui ont été publiées dans ces dernières années; nous les retrouverons plus loin, tout au moins pour ce qui concerne les formes cérébro-spinales.

Tout récemment encore (novembre 1882), le Dr Sorel, médecin-major en Afrique, vient de publier dans la *Gazette hebdomadaire de Paris* quelques faits relatifs aux formes anormales ou pernicieuses des fièvres paludéennes ; nous citerons celles qui se rapportent à notre sujet.

CLASSIFICATION DES FIÈVRES PERNICIEUSES.

Il y a quelques années à peine, en 1874, à l'article *Intermittentes*, du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, Hirtz disait : « Malgré les nombreux travaux qui ont été faits sur les fièvres pernicieuses, tous les points de cette importante question sont loin d'être éclairés. De là, la nécessité de faire des formes cliniques avec de simples variations dans la localisation anatomique ou dans l'intensité fébrile ; de s'attacher à des formes symptomatiques dont on ne voit pas le lien commun, et de multiplier des descriptions comme autant d'espèces différentes. Aucune autre fièvre continue n'a eu à subir un tel luxe de spécifications et de descriptions. C'est comme si pour la rougeole et la scarlatine on voulait faire des sous-espèces cérébrales, gutturales, algides et autres pernicieuses : ce serait fausser le sens clinique et physiologique au profit d'un pur symptomatisme, au lieu de ne voir dans les aggravations que l'effet produit, soit

par l'intensité de la fièvre ou de l'intoxication, soit par la survenance de localisations diverses.

» Nous avons vu, en parlant des lésions, les localisations variables que l'accès paludéen détermine dans les viscères abdominaux, ainsi que la rapide destruction des globules sanguins, dont les débris, sous forme de pigment granulé, viennent distendre, obstruer et déchirer les vaisseaux délicats du foie et du cerveau. Si à ces altérations organiques on ajoute les excès de la température qui les accompagnent nécessairement, on aura la raison physiologique, non-seulement du danger, mais des caractères divers que la physionomie morbide emprunte à la combinaison de ces divers éléments. Cette solidarité entre toutes les formes de la fièvre étant admise, elle doit avoir sa place ici, en vertu de la spécification, sur laquelle nous venons d'insister. »

L'opinion de Hirtz a trouvé peu de partisans ; le Dr SOREL, dans une récente publication est venu la remettre en avant.

« Les fièvres pernicieuses dit-il, sont loin de constituer des entités morbides définies. Elles prennent leur dénomination particulière d'un symptôme prédominant ; mais les divers états qui font la perniciosité peuvent être associés ou se présenter successivement chez le même malade ; c'est pourquoi il est souvent difficile de les faire rentrer dans le cadre tracé par les anciens, qui du reste varient sur le nombre des formes à y admettre, ce qui a conduit Dutroulau à les ranger en quatre grands groupes, les ataxiques, les comateuses, les algides et les bilieuses ; mais, si simplifiée qu'elle soit, cette division est encore arbitraire.

« Avec notre regretté Maître, le professeur Hirtz, il ne faut voir dans ces diverses formes que les déterminations cliniques variées d'un même processus : l'intoxication tellurique. »

En regard de cette théorie toute moderne, nous mettons l'opinion des anciens.

Dès le début, les cliniciens, convaincus qu'il existait plusieurs espèces de fièvres pernicieuses, ont compris la nécessité qu'il y avait de réunir

dans un certain nombre de catégories celles de ces variétés qui se rapprochent naturellement par des caractères communs.

MERCATUS en fait six groupes fondés sur l'altération des humeurs. Casimir Médecus, parcourant successivement toutes les parties du corps, note tous les symptômes périodiques dont chacune d'elles est le siège. Dans la description rapide qu'il en donne, on peut reconnaître les fièvres apoplectiques, délirantes, etc.

Mais c'est à TORTI qu'est dû le premier essai sérieux d'une classification méthodique. Il établit deux grandes divisions comprenant, l'une les fièvres caractérisées par l'existence d'un symptôme pernicieux prédominant, qui fixe l'attention et constitue tout le danger de la maladie, *febres comitatæ* ; l'autre les fièvres dans lesquelles le symptôme est remplacé par un ensemble de phénomènes graves, sans prédominance d'aucun d'eux, et qui présentent une forte tendance à la continuité ; il les appelle *febres solitariæ*, *febres subcontinux*.

Les *febres comitatæ* comprennent sept espèces distinctes, ainsi réparties : Avec les colliquatives, quatre ; ce sont : 1. la cholérique ou dysentérique ; — 2. l'atrabilaire, hépatique ou hémorrhagique ; — 3. la cardialgique ; — 4. et la diaphorétique. Avec les coagulatives, trois : la syncope, l'algide et la léthargique.

Dans le second groupe, qu'il appelle *febres solitariæ*, où il ne donne aucune subdivision, Torti range, sans tenir compte des nombreuses variétés de formes sous lesquelles elles se présentent, toutes les affections pernicieuses qui ne donnent lieu à aucun symptôme prédominant et bien tranché, mais à des phénomènes variés, affections qui ont toutes une grande tendance à devenir continues.

ALIBERT, adoptant les bases de cette classification, ajoute aux sept espèces admises par Torti : 1. les soporeuses ; — 2. la délirante ; — 3. la péri-pneumonique ou pleurétique ; — 4. la rhumatique ; — 5. la néphrétique ; — 6. l'épileptique ; — 7. la convulsive ; — 8. la céphalalgique ; — 9. la dyspnéique ; — 10. l'hydrophobique. Il admet en outre et décrit :

1. la cholérique ou dysentérique; — 2. l'hépatique ou atrabilaire; — 3. la cardialgique; — 4. la diaphorétique; — 5. la syncopale; — 6. l'algide de Torti, ce qui porte à 16 les espèces présentées; puis il termine en disant: « Il serait aisé d'établir encore une multitude d'autres variétés de la fièvre ataxique intermittente: ainsi, celle dont les paroxysmes sont spécialement caractérisés par un crachement de sang provenant de la poitrine, celle où le malade vomit du sang manifestement rejeté de l'estomac, celle où il est tourmenté par des douleurs intolérables du bas-ventre, celle où les membres éprouvent une sorte de tiraillement qui prédomine sur les autres symptômes, etc., etc.. Mais il suffira de les indiquer aux médecins, qui doivent être toujours attentifs à épier les innombrables métamorphoses dont ces affections sont susceptibles. »

NEPPLE, ne s'arrête à aucun ordre de classification particulière et ne donne que des observations de fièvres pernicieuses soporeuses, muqueuses, avec idiotisme, convulsion et tendance à l'engorgement cérébral, cholériques, dysentériques.

BONNET, lui aussi, ne fait qu'énumérer les espèces qui lui paraissent mériter une attention particulière et les réduit à 12, au lieu des 16 d'Alibert.

Ce n'était là qu'une énumération, et non une véritable classification. Maillot rapproche ces individualités morbides, et en forme trois groupes selon que les phénomènes proviennent: 1° de l'appareil cérébro-spinal, forme comateuse, délirante, tétanique, épileptique, hydrophobique, cataleptique, convulsive et paralytique; 2° des organes thoraciques, forme syncopale, carditique, pneumonique; 3° enfin des organes abdominaux, forme gastralgique, cholérique, ictérique, hépatique, splénique, dysentérique, péritonique.

Dans sa Thèse remarquable sur les Fièvres intermittentes pernicieuses, le D^r GUINIER, examinant toutes ces classifications, divisions et subdivisions, se demande quelle est leur importance au point de vue du pronostic et du traitement. Elle ne lui paraît pas considérable.

« Quant à l'avantage qu'auraient ces classifications de permettre d'étudier plus spécialement telle ou telle forme morbide, ajoute-t-il plus loin, la multiplicité et la variabilité d'apparence phénoménale de ces dernières détruisent cet avantage, puisqu'on peut dire que chaque accès pernicieux comporte avec chaque individu différent, et même quelquefois chez le même sujet, des différences symptomatiques radicales. »

Après cette critique, dont je rapporte l'analyse, je m'efforcerai de démontrer que la distinction des diverses formes n'est pas sans importance, mais à condition de les grouper d'une manière méthodique. Guinier admet les deux groupes de Torti. « Sans nous arrêter aux formes individuelles de chaque manifestation morbide pernicieuse, nous croyons qu'il ne faut considérer, au point de vue du diagnostic et du traitement, que les deux genres admis par Torti sous les noms de *febres comitatae*, *solitariae*, qui constituent les deux formes vraiment génériques des accidents pernicieux.

GRISOLLE distingue plusieurs espèces de fièvres pernicieuses qu'il réunit en cinq groupes. Il y a une fièvre pernicieuse caractérisée par un ensemble de symptômes graves, sans prédominance d'aucun d'eux : c'est la fièvre pernicieuse adynamique, ou premier groupe.

La fièvre peut être pernicieuse par l'exagération du stade de froid, c'est la fièvre *algide* ; ou du stade de *sueur*, c'est la fièvre *diaphorétique*. Le troisième groupe des fièvres pernicieuses qu'il établit comprend toutes celles qui sont caractérisées par quelque trouble de l'innervation, tel que coma, délire, catalepsie, épilepsie, convulsion, hydrophobie et paralysie. Dans un quatrième groupe, il place toutes celles dont les symptômes caractérisés sont fournis par le cœur et par les poumons : 1° du côté du cœur, on trouve les fièvres cadalgique et syncopale ; 2° du côté du poumon, il admet aussi l'existence d'une fièvre pernicieuse pleurétique et surtout pneumonique. Enfin, dans un cinquième groupe, sont les fièvres pernicieuses qui s'accompagnent de quelque symptôme grave des organes abdominaux.

Pour M. le professeur CASTAN, le mode de début brusque et instantané

est un caractère commun à toutes les formes que peut revêtir la fièvre pernicieuse ; mais à partir de ce moment, il n'y a plus rien de constant dans la marche et la symptomatologie de l'accès malin, *presque toutes* les formes morbides auxquelles sont exposés chacun des organes contenus dans les trois grandes cavités splanchniques pouvant servir de manifestation à la fièvre pernicieuse. Une classification des formes de l'accès malin est à peu près aussi difficile qu'une classification nosologique. Il considère les plus importantes, et conclut que, malgré leur imperfection, les classifications sont utiles comme pouvant faciliter l'étude des diverses manifestations de la fièvre pernicieuse. Puis, ne pouvant donner une description détaillée de chacune de ces formes, il prend quelques exemples parmi les plus fréquemment observées, pour faire comprendre la marche des fièvres pernicieuses, et cite les formes les plus communes : la fièvre algide, la fièvre diaphorétique, la fièvre délirante, la fièvre pneumonique, la fièvre dysentérique et la fièvre apoplectique.

Hirtz, dans un article déjà cité, ajoute que, tout en critiquant la base purement symptomatique adoptée par la plupart des observateurs, il reconnaît que les matériaux et les éléments de sa propre expérience lui paraissent insuffisants pour arriver à une détermination rationnelle et complète ; il essaiera cependant d'ébaucher cette étude.

Les fièvres sont pernicieuses par l'intensité prédominante d'un symptôme. L'augmentation excessive de la température exerce une influence considérable sur les phénomènes cérébraux : délire, ataxie, d'où la forme délirante et ataxique ; la fièvre pernicieuse algide lui paraît devoir être rattachée à la même cause physiologique. Indépendamment de cette intensité considérable de la chaleur fébrile, on peut observer, dans le cours des accès, d'autres symptômes qui se rattachent plus particulièrement à une localisation méningo-cérébrale. L'excitation est de courte durée ; bientôt survient le coma, d'autres fois des convulsions, plus souvent un collapsus subit et la mort.

L'accès pernicieux cholériforme ressemble à la période algide du choléra ; quant aux fièvres pernicieuses dysentériques, elles paraissent être sur-

tout une dysenterie compliquée de fièvre endémique, avec exacerbation des phénomènes abdominaux pendant l'accès.

Les fièvres pernicieuses thoraciques ont été niées par les uns et reconnues assez fréquentes par les autres. Il y a réellement des cas, bien que peu fréquents, qui méritent le nom de pneumonie intermittente. Alors le frisson, la chaleur, la dyspnée, l'expectoration, se manifestent simultanément ; puis survient une abondante sueur, avec une rémission fébrile, et bientôt les signes locaux pulmonaires diminuent et disparaissent. Les accidents se répètent sous forme tierce ou quotidienne, et à chaque paroxysme l'infiltration pulmonaire devient plus manifeste, pour s'arrêter à chaque rémission.

JACCOURD considère la fièvre pernicieuse comme une fièvre anormale. L'anomalie consiste dans l'exagération dangereuse de l'un des phénomènes du paroxysme, ou bien dans l'apparition d'un phénomène nouveau, étranger à la symptomatologie normale de l'accès. A ce point de vue, les fièvres pernicieuses pourraient être dites solitaires dans le premier cas, accompagnées dans le second. Mais ces dénominations classiques apprennent peu de chose, et il lui paraît préférable de rattacher les phénomènes pernicioeux à leur siège pathogénique.

Ainsi, quand le système vaso-moteur et sympathique est atteint, on a la pernicieuse algide, qui appartient aux pays chauds ; la pernicieuse cholériforme, qui existe seule ou est unie à la précédente ; la pernicieuse diaphorétique, que caractérisent des sueurs d'une abondance tout à fait insolite. Dans ces deux dernières il fait entrer les pernicieuses dysentériques coliques de Sauvage et Morton, qu'il n'admet pas comme distinctes. L'affection vaso-motrice, au lieu d'être générale, peut être bornée au système de l'un des viscères, et le danger, le caractère pernicioeux résultat de cette détermination particulière : ainsi sont constituées les pernicieuses qui méritent la qualification d'accompagnées ; la pernicieuse pleurétique et la pneumonique sont les types de ce genre. La pernicieuse néphrétique est constituée par l'adjonction de l'hématurie, de l'albuminurie ou de la rétention urinaire.

D'autres fois, c'est le système cérébro-spinal qui est le siège pathogénique des phénomènes pernicioeux. La forme la plus commune et en même temps la plus grave est la pernicioeuse soporeuse, comateuse ou apoplectique. La forme délirante, la forme maniaque (manie tierce d'Imer), sont les autres variétés de la forme cérébrale.

La pernicioeuse spinale est plus rare ; enfin le système nerveux sensitif peut être intéressé dans une sphère très limitée, et l'accident pernicioeux est représenté par des douleurs ou par l'abolition de l'une des fonctions sensorielles : de là, la forme arthritique, cardialgique et amaurotique.

Les nombreuses classifications de fièvres pernicioeuses que nous venons de présenter, prouvent que l'on est encore loin d'être d'accord à ce sujet. Les uns n'admettent pas de subdivisions, les autres multiplient les espèces à l'infini.

Sans doute, les diverses formes ne sont autres que les déterminations variées d'un même processus, l'intoxication tellurique ; mais les localisations anatomiques et les symptômes divers qui leur correspondent, nécessitent une étude spéciale pour chacun d'eux. Parce qu'on n'a pas trouvé une classification à l'abri de tout reproche, ce n'est point une raison de les rejeter toutes.

La grande division de Torti en *solitariae* et *comitatae* est généralement admise. M. le professeur Dupré reconnaît deux grandes classes de fièvres pernicioeuses : les pernicioeuses simples (*solitariae*) et les pernicioeuses compliquées (*comitatae*).

Dans le premier groupe, prennent place les fièvres caractérisées uniquement par l'exagération de l'un des stades de l'accès : le froid, la chaleur, la sueur ; dans le deuxième, se rangent toutes celles qui présentent un symptôme nouveau, résultant de la localisation de l'affection générale sur les organes contenus dans les cavités splanchniques : la tête, le thorax et l'abdomen.

Telle est la classification que nous allons adopter. Elle va permettre de limiter notre étude à un groupe très important, celui des fièvres pernicioeuses cérébro-spinales.

DEUXIÈME PARTIE.

Fièvres intermittentes pernicieuses cérébro-spinales.

L'intoxication paludéenne, comme nous venons de le voir, peut se manifester sur tous les organes ; le cerveau et la moelle ne font pas exception à la loi commune.

Presque toutes les formes morbides auxquelles est exposé le système nerveux peuvent servir de manifestation aux fièvres pernicieuses. Ce qui domine dans les accès pernicieux cérébro-spinaux, ce ne sont pas les symptômes habituels des accès, mais des phénomènes nouveaux du délire, du coma, de la paralysie ou de l'anesthésie.

Aussi le diagnostic en présente-t-il beaucoup de difficultés. Ces faits cliniques sont loin de faire défaut ; nous avons cherché à les réunir et à les grouper, ils sont encore épars dans les publications et les mémoires.

« Au mois de mai 1847, dit Cuignet, médecin militaire, nous reçûmes à l'hôpital un grand nombre d'hommes fournis à peu près par le 8^e bataillon de chasseurs à pied, qui faisait partie d'une colonne campée à trois lieues de nous, sur le versant nord des montagnes. La saison était extrêmement chaude et les malades nombreux. Tous les jours on évacuait sur notre hôpital des soldats de ce corps de chasseurs, qui, nous disait-on, chaque fois avaient été pris de malaise, de céphalalgie vive, d'éblouissement, qui s'étaient couchés ou qui s'étaient subitement affaissés.

» A leur arrivée, nous constatons l'état suivant : perte de connaissance à des degrés variables, avec balbutiement incompréhensible, face vultueuse, céphalalgie horrible, exprimée par des plaintes incessantes ou des mur-

mures sourds ; pouls fréquent, dur, développé ; peau chaude, sudorale ; déviations de la langue d'un côté ou de l'autre de la bouche ; hémiplegie de tout un côté ou bornée à un seul membre ; émission des urines suspendue ou se faisant goutte à goutte. Chez quelques-uns, insensibilité et immobilité complète des membres paralysés, qui, lorsqu'on les soulève, retombent par leur propre poids. Chez quelques autres, paralysie incomplète et sensibilité obtuse, exprimées, la première par des mouvements difficiles, la seconde par quelques grognements quand on les pince un peu fort. Les premiers arrivés furent les plus violemment atteints.

» Les autopsies nous montrèrent, soit des congestions violentes des méninges cérébrale et rachidienne, soit des épanchements de sang occupant la base du cerveau et une partie de la longueur de la moelle, où les caillots étaient déposés en espèce de caillots momiformes. Dix-huit ou vingt hommes moururent à la suite de ces états apoplectiques. Puis, le même bataillon continua à nous envoyer des malades atteints d'accès comateux, qui n'étaient survenus qu'après un ou deux accès de fièvre ordinaire parfaitement caractérisés. Les nécropsies traduisirent aussi ce changement : la congestion fut moins forte, et au lieu d'épanchement de sang nous trouvâmes de la sérosité sanguinolente dans les ventricules et une rate énorme et ramollie, comme du reste nous l'avions noté dans toutes nos autopsies précédentes.

» Après sept semaines de durée, l'épidémie se termine par des accès de fièvre, d'abord encore violents, mais non pernicioeux, qui peu à peu diminuèrent d'intensité et finirent par revêtir des caractères tout à fait simples. Au lieu de paralysie, les accès comateux nous offrirent un grand nombre de fois une légère déviation de la langue, ou tout au moins une gêne dans les mouvements de cet organe qui obligeait les malades à des efforts pénibles, soit pour traduire les rêves de leur cerveau en délire, délire comateux tranquille, soit pour répondre à nos questions quand ils n'avaient pas perdu tout à fait le sentiment de ce qui les entourait. Pendant la convalescence de ceux qui se rétablirent, les mouvements furent incertains et leur démarche resta vacillante pendant assez longtemps, la parole difficile, comme on le remarque chez les hommes ivres.»

Tels sont les troubles nerveux que nous allons successivement étudier, en ayant soin de donner à l'appui des faits cliniques. Si nous n'avons pu trouver d'exemples de toutes les formes des fièvres pernicieuses cérébro-spinales, nous nous sommes efforcé tout au moins de citer les plus importantes et les plus fréquentes.

I. — DES TROUBLES INTELLECTUELS CONSÉCUTIFS AUX ACCÈS
PERNICIEUX.

Les troubles de l'intelligence vont nous occuper tout d'abord. Il n'est pas très rare, surtout dans les contrées méridionales, de voir des hommes pris subitement d'accès pernicieux, tomber dans la rue sans connaissance. Les auteurs citent bien des faits de ce genre. Suivant que la fluxion sanguine du côté de l'encéphale est plus ou moins intense, on constate de la somnolence, du coma, ou un véritable état apoplectiforme.

PREMIÈRE OBSERVATION (Inédite).

(Recueillie dans le service de M. le professeur agrégé HAMELIN, suppléant de M. le professeur Combal, par M. le Dr BROUSSE, interne des hôpitaux.)

Accès pernicieux comateux sans paralysie. — Persistance du collapsus et des troubles nerveux. Mort le troisième jour. Température très élevée, 41,2. — Autopsie : Congestion très marquée du cerveau et de la moelle ; pas d'hémorrhagie ; pas d'embolies cérébrales.

Le 21 septembre 1877, un homme de 40 à 45 ans, fort, robuste, d'une taille herculéenne, est trouvé étendu sur une route, sans connaissance ; ses membres étaient agités de violents tremblements, ses dents claquaient. Transporté aussitôt à l'hôpital Saint-Éloi, on constate une abolition complète de l'intelligence et un *coma profond*. Les sens spéciaux sont abolis ; la sensibilité générale est obtuse, mais conservée ; quand on pique avec une épingle, le malade pousse des gémissements et s'agite ; il n'y a pas de phénomènes de paralysie ni de contracture. La respiration est bruyante, non accélérée ; le pouls fréquent, la température élevée, la peau brûlante, sèche ; la rate paraît augmentée de volume.

Ce n'est pas une attaque d'apoplexie ; il n'y a pas non plus trace d'alcoolisme. On peut expliquer le coma par une congestion cérébrale ; mais quelle est sa nature ? Tout renseignement fait défaut ; mais si on considère, d'une part, que nous sommes

dans une région et à une époque où les accès pernicioeux sont fréquents; que, de l'autre, le sujet a pu s'exposer aux effluves marécageux; enfin que la fièvre à quinquina, toujours la même quant au fond, peut revêtir des formes diverses, il paraîtra certain qu'on a affaire à *un accès pernicioeux comateux*.

Sinapismes aux quatre membres. — Injections hypodermiques avec

Sulfate de quinine.....	1 gram.
Acide tartrique.....	55 centigr.
Eau	Q. S. (3 à 4 gram.).

22 septembre. Même état de coma profond; face vultueuse, fièvre très marquée; pouls très fréquent, 112; température élevée, 40°,2. — Sangsues aux apophyses mastoïdes; lavement purgatif avec 8 gram. follicules de sené, 30 gram. sulfate de soude. — Limonade stibié avec 0,02 centigr. par litre.

Soir. Paraît un peu plus éveillé; respiration bruyante, il pousse des plaintes et des gémissements; la fièvre persiste; le pouls est fréquent, 120, mou, dépressible; la température 39°. — Deuxième injection avec 1 gram. sulfate de quinine. Pas de paralysie.

23 septembre. Il faut le secouer fortement pour qu'il regarde; le coma persiste, ainsi que la fièvre; pouls fréquent; température 38°,5; sueurs profuses. — Révulsifs; troisième injection avec un 1 gram. sulfate de quinine.

Soir. Le malade n'urine pas; il faut le sonder.

24. Coma profond; respiration stertoreuse; température très élevée, 41°,2; pouls très fréquent; les symptômes cérébraux s'aggravent. — Vésicatoire 15/20 sur la tête préalablement rasée; potion alcoolique et excitante avec :

Café...	80 gram.
Thé.....	10 —
Faire infuser dans Eau.....	700 —
Thé.....	10 —
Eau-de-vie.....	60 —

Il succombe à 2 heures de l'après-midi, par suite d'une asphyxie progressive.

AUTOPSIE. — Les sinus sont gorgés de sang; la pie-mère est très congestionnée, les plus fines arborisations sont nettement dessinées. Des coupes faites sur divers points du cerveau montrent un piqueté rouge très marqué, mais nulle part on ne constate de foyers hémorrhagiques. En incisant les plus gros vaisseaux pour examiner le contenu, on voit un sang noirâtre; il n'y a pas de caillots, pas d'embolies pigmentaires. Un peu de sérosité est épanchée dans les mailles de la pie-mère. Du côté de la moelle, on retrouve les mêmes signes de congestion. Du côté de l'abdomen: foie volumineux; les intestins ne sont pas ballonnés; la rate est volumineuse, en bouillie, couleur lie de vin. Rien aux poumons; des mucosités sont accumulées

dans les bronches ; le cœur ne présente pas d'altérations organiques, il n'y a pas de caillot ; l'examen microscopique du sang montre des globules rouges déformés.

OBSERVATION II.

Fièvre pernicieuse comateuse. (D^r SOREL).

T. François, 62 ans, en Algérie depuis 1847, employé au moulin de Ras-el-Aioun, situé à 84 kilom. de Sétif, sur un oued des plus malsains, entre à l'hôpital le 8 août. Ancien paludéen, il est pris d'accès depuis une quinzaine de jours. Apyrexie à l'entrée ; il est absolument exténué. Bien qu'il prit du sulfate de quinine à la dose journalière de 1 gram. à 1^{er}, 20, la fièvre reparait le 11 dans la journée. Malgré des doses augmentées, état comateux le 14, à huit heures du matin, et mort à deux heures de l'après-midi. L'urine ne contient ni sucre ni albumine.

Températures. — Le 12 matin 39°, 2 ; soir 39.

Le 13 matin 38,8 ; soir 38,4. — Le 14, matin 40,2.

AUTOPSIE. — Un peu au-devant de l'ombilic et à gauche, petit abcès profond de la paroi abdominale.

Crâne : La dure-mère est normale. Exsudation fibrineuse généralisée dans les mailles de la pie-mère, plus marquée le long des vaisseaux ; elle est également répartie sur toute la surface de l'encéphale. La pie-mère se détache facilement du cerveau, qui est sain, mais très anémié.

Thorax : Emphysème pulmonaire en avant ; engouement passif en arrière et aux bases. — Cœur normal ; son tissu est flasque.

Abdomen : Foie pesant 2 kilogr., d'apparence normale. Rate adhérente par sa face cutanée ; un épaissement cartilagineux de la capsule se trouve à la face interne ; elle est ramollie et se déchire quand on l'extrait ; son poids est de 460 gram. — Les reins présentent chacun un petit kyste contenant un liquide à peu près séreux.

OBSERVATION III.

Fièvre tellurique pernicieuse ; Accès soporeux. — Guérison.

R... Louis, âgé de 14 ans, habitant le village de Beni-Fonda, gardant le troupeau de ses parents, ayant des antécédents palustres notables, tombe malade le 30 juillet. Il est amené à l'hôpital le 2 août, vers 10 h. du matin, complètement exténué. T. 39°, 4. — 80 centigr. de sulfate de quinine lui sont aussitôt administrés. Dans l'après-midi, *état soporeux* ; il répond un mot ou deux à des sollicitations vives,

pressantes et réitérées. A 4 h., T. 40°. — Injections sous-cutanées de 1^{er},50 de sulfate de quinine. L'accès prend fin dans la soirée. A 6 h., T. 38°,8.

Apyrexie le 3 août ; accès modéré et normal le 4 ; épistaxis le 5 ; apyrexie les jours suivants.

L'urine du 2 août, dans la soirée, et celle de la nuit qui suit, contiennent des traces d'albumine, mais pas de sucre.

La fièvre pernicieuse soporeuse est celle qui se présente le plus souvent à l'état d'accès bien défini ; elle est aussi la plus curable, surtout quand, comme ici, on peut intervenir dès le début.

Si la prostration de l'intelligence est fréquente, la surexcitation au contraire est rare, et l'on ne trouve que quelques cas signalés dans les auteurs.

OBSERVATION IV.

1. Accès brusque de Manie ; fièvre intermittente punitive délirante. 2. — Accès, coma. Sulfate de quinine. Guérison. — (D^r E. BONNETTE, de Chignolo, cité par le D^r GOURAUD d'Avignon.)

Ardemagni (de Chignolo), 50 ans, constitution robuste, tempérament sanguin, se réveille à la pointe du jour, le 20 septembre 1839, avec un frisson, et devint aussitôt maniaque : cheveux hérissés, yeux hagards et menaçants ; il s'agitait dans son lit en criant à tue tête : « Sancta Maria, mater Dei ! » ; attaquait sa femme, son frère, et les autres personnes qui venaient à lui, et se débattait comme un forcené. On eut besoin de beaucoup de monde et de force pour le mettre au lit et le maintenir. Je fus appelé ; je le trouvai blotti sous les couvertures ; à ma voix, il avança la tête et cria aussi fort qu'un énergumène : « Sancta Maria, mater Dei ! ». Peau froide et sèche ; pouls lent et à peu près normal. On ne savait à quoi attribuer cette manie improvisée ; rien ne l'avait annoncée, à moins qu'on ne voulût prendre pour prodromes des rires grossiers qu'il avait fait entendre les nuits précédentes et qui n'avaient pas eu de suite.

N'ayant pas de renseignements sur la cause et le siège de la maladie, je prescrivis, eu égard à la vigueur de la constitution et à la perte subite des facultés intellectuelles, une saignée générale et un vomitif. Le chirurgien eut beaucoup de peine à ouvrir la veine, parce que le maniaque, quoique contenu par des hommes forts, se débattait d'une manière surprenante ; le sang parut naturel. Ce ne fut pas non plus sans difficulté que ses proches le déterminèrent à prendre l'émétique : vomis-

sements de matières verdâtres, puis muqueuses. Je fus obligé d'arrêter les effets du tartre stibié, tant les soulèvements de l'estomac en vacuité étaient fatigants.

Les choses allèrent de ce train là jusqu'à midi ; alors le pouls commence à se ranimer, il prend de la force et de la fréquence, et au bout de deux heures la peau devient moite. Le malade reconnaît quelques-uns des assistants et me salue par mon nom en me voyant approcher de son lit. La fureur diminue ; le visage et tout le corps se couvrent de sueur ; urine rare, rouge, briquetée ; pouls large, onduleux ; point de douleurs de tête ; encore un léger degré de stupeur. Faisait-on quelques questions, il repassait en lui-même ce qu'on lui avait dit et répondait en paroles mal articulées.

Ardemagni ne se souvenait pas de son accident, si ce n'est qu'en se réveillant le matin il avait été saisi d'un froid aigu et avait aussitôt perdu la raison. Il ne savait rien de ce qui lui était arrivé depuis. La sueur et la fièvre cessèrent bien avant dans la nuit, et avec elles disparurent les symptômes de manie, au point que le malade, au lieu de se sentir faible, déclara qu'il se sentait parfaitement bien portant. Ce fut alors que, réfléchissant à la marche de cette manie, qui avait été compagne de la fièvre, j'acquis la conviction que j'avais à traiter une fièvre intermittente pernicieuse, et, voulant faire tout de suite ce qu'il y avait à faire, je fis prendre vingt-quatre grains de sulfate de quinine, depuis 8 h. du soir jusqu'à 2 h. après minuit.

A cinq heures du matin, survint un second frisson qui fut suivi de coma ; mais, cette fois, les deux symptômes se dissipèrent dans l'espace d'une heure. Ce n'était qu'un ressentiment de l'accès, qui parcourut sa période et se termina dans la soirée. Je donnai ensuite dix-huit grains de sulfate de quinine, et il n'y eut plus de fièvre, de coma et de manie.

OBSERVATION V.

Fièvre pernicieuse délirante. (D^r SORÉL.)

Mahomed, moissonneur, kabyle, âgé d'environ 45 ans, est amené à l'hôpital le 16 août. Il serait malade depuis cinq jours environ. Fièvre subcontinue, tellurique, sans particularités ; la rate augmente de volume, est douloureuse à la pression. T. soir 38°,1. — 1 gram. de sulfate de quinine, qui, je l'ai su plus tard, a été vomi.

Le 17, T. matin 39° ; soir 39°4. — Injections sous-cutanées de sulfate de quinine à 1^{er},20.

Dans la nuit du 17 au 18, agitation délirante ; le 18 au matin, T. 40°,2. Excitation modérée, langue sèche. — Injection sous-cutanée de 1^{er},50 de sulfate de quinine ; vers midi, état comateux, et mort à deux heures de l'après midi.

AUTOPSIE. — Cerveau pâle, anémié ; cedème de la *pie-mère*. Poumons un peu

congestionnés. Cœur *flasque*. Foie pigmenté pesant 1,800 gram. Rate volumineuse, diffuente ; son poids atteint près de 500 gram.

II. — TROUBLES MOTEURS CONSÉCUTIFS AUX ACCÈS PERNICIEUX.

En même temps que l'intelligence ou séparément, la motilité est souvent atteinte dans les accès pernicieux ; les troubles moteurs se rencontrent peut-être aussi fréquemment que les troubles intellectuels. Tantôt généralisés à tout le corps, d'autres fois limités, suivant qu'ils proviennent d'une lésion encéphalique ou médullaire, ils peuvent consister en une exagération ou en une abolition des fonctions musculaires, d'où la grande division en forme convulsive et forme paralytique.

La *forme pernicieuse paralytique* se remarque plutôt chez l'adulte : c'est elle qu'ont eue en vue les auteurs qui ont écrit sur les fièvres pernicieuses lorsqu'ils ont décrit, après Torti, une forme hémiplégique de la fièvre pernicieuse. Pendant longtemps, les pathologistes se sont contentés de mentionner les paralysies ; aucun n'en a fait l'objet d'une étude spéciale ; la plupart des auteurs modernes qui ont écrit sur la malaria agissent de même. Maillot crée la fièvre pernicieuse paralytique, mais ne la décrit pas. Haspel reproduit simplement la nomenclature de Maillot. Ce n'est qu'en 1851 qu'un chirurgien militaire, le Dr Ouradou, publie une Thèse sur les paralysies dans la fièvre intermittente. Les observations qu'il rapporte forment deux catégories : 1° paralysies survenant à la suite d'accès pernicieux ; 2° paralysies se produisant lentement chez des malades atteints de cachexie palustre. Les cas de ce second groupe ne nous occuperont pas ici.

Dans son mémoire, M. Gubler ne parle des paralysies paludéennes que pour les rejeter du groupe des paralysies liées aux maladies aiguës.

Les auteurs allemands se sont aussi occupés incidemment de ces paralysies. Les travaux de Planer, de Frerichs, sur la fièvre pernicieuse et la mélanémie, ont permis de donner de ces troubles de la motilité une explication sur laquelle nous reviendrons dans la suite.

En 1876, M. le professeur Grasset, ayant observé un cas type d'accès pernicieux à forme apoplectique avec hémiplégie, publia dans le *Montpellier médical* une étude clinique très approfondie sur les diverses manifestations hémiplegiques de l'intoxication paludéenne. Se plaçant au point de vue clinique et thérapeutique, il divise les faits de ce genre en trois groupes :

1° Des manifestations hémiplegiques apparaissent et disparaissent rythmiquement avec les accès, et entièrement justiciables du sulfate de quinine ;

2° Des manifestations hémiplegiques avec congestion cérébrale apoplectique peuvent survivre aux accès et doivent être traitées à la fois par la médication quinique et la médication révulsive associées. L'observation qu'il présente appartient à ce groupe.

3° Des manifestations hémiplegiques avec lésions persistantes et définitives des centres nerveux, complètement émancipées de leur cause ; elles ne sont nullement influencées par le sulfate de quinine.

Les hémiplegies du premier groupe ne s'accompagnent pas de congestion cérébrale. Dans un second groupe, il place les cas de fièvre intermittente entraînant une hémiplegie et en même temps un état apoplectique plus ou moins prononcé. Comme dans ces cas-là il y a forte congestion cérébrale, il arrive souvent que les accidents paralytiques ne disparaissent pas d'une manière aussi régulièrement rythmique que dans le premier groupe ; on les voit souvent survivre à l'accès. Cependant il y a aussi des cas dans lesquels la congestion cérébrale disparaît aussi avec les accès, pour reparaitre avec eux. Dans le troisième groupe, la lésion est complètement émancipée de sa cause ; par suite, le sulfate de quinine devient inutile, et le seul traitement à instituer est celui de l'hémiplegie elle-même.

Sans citer de faits particuliers, Griesinger dit qu'on constate parfois des troubles durables de la motilité ; ils ne font qu'augmenter et sont en rapport avec la pigmentation du cerveau. Par cette phrase, Griesinger, non seulement mentionne le fait, mais veut en donner une explication pathogénique par les théories de Frerichs sur la pigmentation des fièvres palustres.

En 1878, le D^r-Vincent, dans sa Thèse sur les Paralysies dans la fièvre intermittente, les divise en deux groupes :

1^o Paralysies qui surviennent pendant les accès normaux de la fièvre intermittente ;

2^o Paralysies consécutives aux accès pernicioeux.

La marche et la terminaison de ces accidents varient dans les deux cas et justifient cette distinction. Les paralysies consécutives aux accès pernicioeux ne revêtent pas un caractère aussi transitoire que les premières, et, en raison de leur durée plus longue, elles aggravent le pronostic.

Enfin, en 1880, le D^r Landouzy, dans sa Thèse d'agrégation sur les Paralysies dans les maladies aiguës, réserve un chapitre pour les paralysies consécutives aux accès pernicioeux, qu'il distingue des paralysies qui surviennent dans le cours des accès simples de la fièvre intermittente. Les troubles paralytiques très variables consistent dans des hémiplegies, des paraplégies ou des paralysies plus limitées, telles que l'aphonie, la paralysie d'un membre supérieur ou inférieur.

L'intelligence, qui était intacte dans les paralysies par accès simple, est ici frappée : les individus ont perdu connaissance ; ils ont subi une atteinte plus grave. Nous allons donner comme exemple les observations suivantes.

OBSERVATION VI.

Accès pernicioeux à forme apoplectique avec hémiplegie gauche. — Guérison par le sulfate de quinine. (Empruntée au mémoire de M. le professeur GRASSET.)

Tardieu (Joseph), âgé de 54 ans, né à Saint-Gervais (Drôme), entre une première fois à l'hôpital Saint-Éloi, le 8 octobre 1875 ; il est couché salle Saint-Vincent, n^o 19, clinique médicale, service de M. Pécholier.

Son fils entre également avec lui : il sont atteints l'un et l'autre de fièvre intermittente à type tierce, contractée à Vic, près des étangs de Frontignan. — Un vomitif administré le 9 et la potion antipériodique le 10, le 11 et le 12, font complètement disparaître les accès. (La potion antipériodique constamment prescrite par M. Pécholier contient 1 gram. de sulfate de quinine et 4 gram. de résine de quinquina.) — Le 14, apparaît de l'œdème aux extrémités inférieures ; cet œdème

augmente, devient considérable le 16, et s'étend aux parois abdominales et aux bourses. — Le 17, il est soumis au régime lacté. — Dès le 19, tout œdème a disparu, et on suspend le régime lacté le 20. — Le malade, observé deux semaines paroxystiques, prend la potion antipériodique le 19 et le 26, et sort ensuite complètement guéri.

Le 8 novembre au soir, on rapporte à la clinique Tardieu (Joseph), que la police à ramassé sans connaissance nous ne savons où. On le couche, sans autre renseignement, au n° 35 de la salle Saint-Vincent. Nous le trouvons là à la visite du 9, dans l'état *apoplectique* le mieux caractérisé. Lourdemment abandonné dans son lit, sans connaissance aucune, avec une respiration bruyante, stertoreuse, le malade ne répond à aucune question ; il y a des signes très nets d'une *hémiplegie gauche* atteignant même la face ; le bras gauche retombe lourdement quand on le soulève ; le malade fait parfois quelques mouvements avec le bras droit ; la face est déviée, la joue gauche se soulève passivement à chaque respiration ; le malade fume la pipe du côté gauche. La sensibilité paraît bien conservée partout ; le pouls est relevé ; il y a de la chaleur à la peau, 33°. — On prescrit des sangsues aux apophyses mastoïdes, deux toutes les trois heures ; vésicatoires aux mollets. Six paquets contenant chacun : calomel 0,20 centigr. ; résine de jalap 0,03. Lavement purgatif avec follicules de sené 16 gram., sulfate de soude 30 gram.

Le soir, même état ; pouls très irrégulier. — Suspendez les applications de sangsues. Sinapismes. La température, prise toutes les trois heures, s'est élevée jusqu'à une heure après midi (maximum), puis à décliné. Sueurs abondantes dans la soirée.

T. du 9 : à 9 h. du matin, 38° ; à 1 h. de l'après-midi, 39°,2 ; à 4 h., 38°,2 ; à 9 h. 38°,2.

10. Très-légère amélioration dans l'état apoplectique ; le malade ouvre les yeux et les tourne un peu de côté et d'autre, notamment quand on l'appelle par son nom ; mais il ne répond pas beaucoup et reste immobile dans son lit. L'hémiplegie a diminué notablement. — On continue le calomel et les lavements purgatifs.

Nous apprenons dans la journée, par le fils du malade, que Tardieu venait pour se faire soigner, à l'hôpital, d'un retour de ses accès de fièvre, quand il a été subitement atteint des accidents actuels dans des conditions que l'enfant ne peut pas préciser. — A Méze, où il était, il avait tremblé la fièvre deux ou trois jours de suite, et c'est le dimanche 7 que, sorti pour chercher des papiers nécessaires à son admission à l'hôpital, il n'a plus été vu par son fils. D'autre part la température, qui avait continué à baisser la nuit dernière et ce matin, remonte ensuite, présente un nouveau maximum vers 1 heure après midi comme hier et dans la soirée ; comme hier encore, il survient une transpiration abondante. — On prescrit immédiatement 1 gram. de sulfate de quinine en injection hypodermique.

T. du 10 : à 6 h., 37°; à 9 h., 38°,1; à midi, 38°,7; à 3 h., 38°,6; à 6 h., 37°,9; à 9 h., 37°,5; à minuit, 37°,7.

11. Le malade est infiniment mieux; il parle, répond quand on lui fait quelque question. L'hémiplégie a complètement disparu. Il ne reste qu'un peu de paresse dans les réponses et un léger degré de torpeur intellectuelle avec un peu d'embarras dans la parole. — Nouvelle injection de 1 gram. de sulfate de quinine, et ensuite une potion avec 6 gram. de résine de quinquina.

Le soir il est très bien: les idées sont nettes; la mémoire est complètement revenue; un peu de difficulté seulement dans l'articulation des mots. Il se rappelle bien qu'il était venu à Montpellier pour se faire soigner à cause des accès, qui auraient recommencé. Il précise même spontanément que le vendredi et le samedi il avait tremblé la fièvre comme jamais jusque-là il ne l'avait tremblée.

La température est restée basse toute la journée et ne présente pas vers 11 heures le maximum d'hier et d'avant-hier.

T. du 11 : à 3 h., 36°,6; à 6 h., 36°,3; à midi, 36°; à 9 h., 36°,4; à 3 h. après midi, 36°,3; à 6 h., 36°,2; à 9 h., 36°,2; à minuit, 36°.

A partir de ce moment-là, le malade est peu à peu alimenté, reste continuellement apyrétique. — On lui administre le sulfate de quinine jusqu'au 13, paroxystique. — Il sort entièrement guéri.

OBSERVATION VII.

Fièvre intermittente négligée. — Accès pernicieux; perte complète de connaissance; insensibilité absolue; résolution des membres. Mort dans le coma 12 heures après. — Autopsie. — Congestion des méninges et de l'encephale. — Sérosité rougeâtre dans les ventricules. (Thèse du Dr OURADOE.)

Gérard, soldat au 37^e de ligne, âgé de 29 ans, en Afrique depuis cinq ans, est doué d'une excellente constitution qui lui a permis de supporter sans la moindre indisposition la fatigue d'une longue expédition.

De retour dans sa garnison, il fit quelques excès, commit quelques imprudences, et ne tarda pas à contracter des accès de fièvre intermittente tierce, qu'il négligea.

Le 27 juillet au matin, se sentant un peu affaibli, il prit avec ses camarades deux petits verres d'eau-de-vie pour se donner du ton; mais bientôt il fut pris d'un violent mal de tête qui le força à se coucher. Deux heures après, comme on allait l'éveiller pour déjeuner, on le trouva sans connaissance, et il fut transporté à l'hôpital. — Voici quel était son état à son arrivée. Perte complète de connaissance, insensibilité absolue, résolution des membres; pouls très irrégulier, tantôt petit et presque imperceptible, tantôt se relevant brusquement et offrant pendant quelques pulsations beaucoup de fréquence et de dureté. — État vultueux de la face, respira-

tion stertoreuse et bruyante; lèvres violacées, un peu d'écume rougeâtre; la langue est d'une teinte foncée et se dévie du côté droit; la tête penche aussi du même côté; la pupille est largement dilatée. On diagnostique un *accès pernicieux paralytique*, et l'on fait la prescription suivante: — Potion avec sulfate de quinine 2^{gr}, 40, à prendre en deux fois; 20 sangsues derrière l'angle de la mâchoire, 10 de chaque côté; promener en même temps des sinapismes aux membres inférieurs.

Le sulfate de quinine ne peut être ingéré, le malade le rejette à mesure qu'on le verse dans la bouche. On l'administre en lavement, à la dose de 3 gram.; fomentations froides sur le front, vésicatoires aux mollets.

Mais bientôt la respiration s'embarrasse de plus en plus, les extrémités deviennent froides, le malade meurt dans le coma, à 8 h. du soir.

AUTOPSIE douze heures après la mort. — On trouva les sinus de la dure-mère gorgés d'un sang noir et poisseux; tous les petits vaisseaux qui rampent dans l'épaisseur des méninges cérébrales, violemment congestionnés, laissaient couler à l'incision le sang qui les avait distendus; la substance grise offrait une teinte rougeâtre, les coupes du cerveau présentaient cet aspect sablé que l'on regarde comme le signe évident de la congestion, et laissaient perler de toutes parts de petites gouttelettes de sang. Deux cuillerées au moins de sérosité rougeâtre distendaient les ventricules latéraux.

La moelle épinière offre les mêmes lésions, tant dans ses méninges que dans son tissu propre; seulement, ici, nous constatons de plus un véritable épanchement sanguin qui, commençant un peu au-dessous du bulbe, se prolonge environ 5 à 6 centim., sous forme de traînée momilliforme.

Les poumons sont gorgés de sang noir, ainsi que le cœur et les gros vaisseaux, qui sont distendus par ce liquide, comparable, pour l'aspect et la consistance, à celui que l'on trouve chez les personnes qui ont succombé à l'asphyxie, et n'offrant que des caillots mollasses, diffluents et poisseux.

La rate est énorme, ramollie, facile à déchirer, se laissant pénétrer avec le doigt sans aucune peine, et le liquide qu'elle renferme est tout à fait analogue; son tissu nous a même paru déchiré vers son tiers supérieur, et contenir un véritable foyer apoplectique; mais comme ses adhérences ont été détruites sans précaution, nous n'oserions pas affirmer que ce n'est pas la conséquence des efforts de traction opérée par l'infirmier qui nous servait d'aide.

OBSERVATION VIII.

Aphasie durant un accès de fièvre intermittente. (Dr VILLARD. — Note hygiénique et médicale sur l'Attique, in *Progrès Médical*, 1870, n° 16.)

Il nous a été donné d'observer, à Athènes, le curieux fait suivant, provoqué par l'influence paludéenne. Il s'agit d'un pope qui était depuis longtemps sujet à des

accès de fièvre intermittente. Bien que vaquant chaque jour à ses occupations, il ressentait cependant, tous les deux jours, un frisson suivi d'un sentiment de lassitude générale, mais qui ne l'obligeait pas à garder le repos. Un matin, il se leva pour aller accomplir une cérémonie religieuse ; au milieu de la cérémonie, il perdit subitement connaissance et fut transporté à l'hôpital.

En revenant à lui, il avait perdu l'usage de la parole, tout en conservant son intelligence intacte. Lorsqu'on l'interrogeait, il répondait par signes. Les antécédents du malade étaient connus : le sulfate de quinine fut administré, et l'on vit, sous son influence, céder comme par enchantement cette aphasie passagère. C'est ici le cas de citer l'adage bien connu : *Naturam morborum curationes ostendunt.*

OBSERVATION IX.

Aphasie après un accès pernicieux. (Thèse du Dr VINCENT.)

Jean M..., journalier, âgé de 38 ans, est apporté à l'hôpital civil le 18 novembre 1875. Quelques jours avant son arrivée, il avait eu un accès pernicieux, à la suite duquel il avait été affecté d'une aphasie complète. A son arrivée à l'hôpital, on lui administre du sulfate de quinine ; dès le lendemain, il parvient à articuler quelques mots. Pour des raisons particulières, il partit bientôt, et depuis lors nous n'avons pu savoir ce qu'il était devenu.

Le seul fait à retenir est la production d'une aphasie absolue après un accès pernicieux. Il est regrettable que le malade n'ait pu être suivi ; mais il est à supposer que l'aphasie a disparu au bout de quelques jours, d'autant plus que l'amélioration dans l'articulation des mots que nous avons pu constater, a été assez rapide.

OBSERVATION X.

Fièvre intermittente quotidienne ; accès pernicieux comateux. Résolution complète des membres ; sensibilité presque nulle pendant trois jours ; parésie des membres. — Traitement par le sulfate de quinine, les révulsifs et les dérivatifs. — Guérison. — (Résumé de la thèse du Dr OURADOU.)

M^{lle} Maury, originaire de l'Ariège, âgée de 28 ans, habite l'Afrique depuis trois ans. En août 1847, elle fut prise de fièvre intermittente quotidienne dont les accès revêtirent une forme très grave. Transportée à l'hôpital le 15, elle présentait les symptômes suivants : État vultueux de la face ; plaintes incessantes ; pouls très fréquent et très dur ; peau très chaude, couverte de sueur, principalement à la face et de couleur violacée ; résolution complète des membres, sensibilité presque nulle.

Cet état, qui dure depuis la veille, a succédé à un accès de fièvre dont le frisson

a été très violent, et qui s'est accompagné d'une grande céphalalgie, suivie de vomissements bilieux.

Diagnostic: Fièvre pernicieuse ; accès comateux. — Saignée de 300 gram. ; dix-huit sangsues sur le trajet des jugulaires ; sulfate de quinine 1^{gr},20 en potion. — Le 16, même état. — Lavement purgatif ; sulfate de quinine en potion et en lavement, en tout 3^{gr},60. — Le 17, la malade recouvre à peu près toute sa connaissance ; faiblesse des jambes, qui sont comme paralysées. — Sulfate de quinine 1^{gr},20 matin et soir en potion. — Le 18, amélioration ; bourdonnements d'oreille ; parole embarrassée ; grande faiblesse. — On continue l'usage du sulfate de quinine.

La convalescence ne tarda pas à s'établir, mais pendant plus d'un mois la paralysie incomplète persista ; la marche était tout à fait impossible sans le secours d'un aide. — On continua le sulfate de quinine pendant quelques jours ; des vésicatoires, des frictions excitantes furent employées pour rétablir l'excitabilité nerveuse.

OBSERVATION XI.

Hémiplégie gauche consécutive à un accès pernicieux. Rechutes. — Guérison. — (*Ann. univ. de Méd.* ZANDL, 1864.)

Le mois d'octobre fut pauvre en fièvres intermittentes ; nous n'en observâmes que six cas, dont deux seulement méritent une mention spéciale : l'un est un cas de fièvre pernicieuse très grave, l'autre de fièvre pernicieuse à forme paralytique ; celle-ci est un cas fort curieux.

Au premier abord, on s'apercevait que le malade était dans une grande prostration ; sa physionomie était hébétée, il entendait difficilement, la parole était lente et à peine compréhensible.

Il avait environ 40 ans, était robuste, d'une forte constitution. A première vue, on pouvait croire que l'on se trouvait en présence d'une congestion cérébrale plutôt que d'une fièvre pernicieuse : le pouls était lent, la chaleur peu élevée, la respiration profonde, la pupille fortement dilatée. Aussi fit-on des émissions sanguines, etc.

Sous l'influence de ce traitement, le malade sortit de cet état d'hébètement et put comprendre les questions qu'on lui posa et indiquer ce qu'il éprouvait. On remarqua alors que les membres du côté gauche étaient paralysés ; ils ne reprirent que graduellement leur sensibilité et leur motilité naturelles. Mais après une apyrexie de douze heures, survint un léger accès de fièvre ; la circulation s'accéléra un peu, et en même temps la sensibilité et la motilité du côté gauche disparurent ; la langue se paralyse de nouveau. Cet état dura environ vingt heures ; puis, avec une légère sueur, tous les phénomènes que nous avons relatés disparurent, et le malade entra

dans un état d'apyrexie complet. En présence de cet état de choses, nous lui prescrivîmes 40 gram. de quinquina en substance, divisés en huit paquets, qu'on lui administra avec beaucoup de soin et à court intervalle, de façon que la dose pût être épuisée au premier mouvement d'exacerbation fébrile. L'accès suivant fut assez léger et produisit un engourdissement marqué du côté gauche. Cet accès, d'après les renseignements fournis par le malade, était le troisième ; heureusement qu'il fut le dernier. Les forces reviennent, et, après dix jours de convalescence, il put sortir de l'hôpital, ne se doutant pas du grave danger qu'il avait couru.

OBSERVATION XII.

Paralysie de la main droite après un accès pernicieux. — Guérison rapide.

(Thèse du Dr VINCENT.)

Baptiste, âgé de 26 ans, exerce la profession de cuisinier au barrage de Hamitz, une des localités les plus pernicieuses de la province d'Alger ; il y est sujet à des accès de fièvre depuis deux mois et demi. Le 2 novembre 1876, il est frappé d'accès pernicieux, et apporté à l'hôpital civil. Il reste dans le coma pendant deux jours, puis survient un délire violent qui dure quelques heures, et le malade reprend lentement sa connaissance. C'est alors qu'il s'aperçoit de la faiblesse de la main droite, avec laquelle il ne peut tenir un objet ; les mouvements d'extension des doigts sont possibles, quoique faibles ; les mouvements de flexion sont à peu près nuls ; la main gauche au contraire serre les objets avec une grande force. Aucun trouble dans la motilité des autres membres ; le malade se lève et marche facilement ; il n'y a pas d'aphasie.

Le 14, quelques mouvements reparaissent dans la main droite. — Le 15, le malade peut tenir son verre et le porte à la bouche. A partir de ce moment, les progrès sont rapides, et le malade parvient au bout de peu de temps à se servir de sa main comme si aucun accident ne s'était produit.

La forme *pernicieuse convulsive* s'observe souvent chez les enfants et les jeunes gens : à cet âge, on le sait, les convulsions sont un des modes de manifestation habituels d'un grand nombre de maladies ; la fièvre intermittente pernicieuse ne pouvait faire exception à cette règle. Presque toutes les variétés de convulsions ont été observées par les auteurs : tantôt ce sont des secousses convulsives généralisées ou partielles, d'autres fois ce sont des contractions tétaniques plus ou moins étendues. Sous le nom de fièvre convulsive, Grisolle comprend les fièvres pernicieuses

ayant pour symptômes prédominants les différentes variétés de convulsions toniques ou cloniques. Ainsi, il est des malades qui présentent une raideur tétanique partielle ou générale (fièvre tétanique) : Casimir Médecus en a rencontré de nombreux exemples dans le cours d'une épidémie ; ou bien on observe tous les symptômes de la catalepsie, comme Torti en rapporte un cas (fièvre cataleptique) ; d'autres fois ce sont, comme Lautter l'a vu, des mouvements convulsifs avec écume à la bouche, et tels qu'on les remarque dans une attaque d'épilepsie (fièvre épileptiforme) ; enfin, d'autres fois ce sont des mouvements convulsifs irréguliers (fièvre convulsive proprement dite). Cette dernière variété, qu'on rencontre chez les enfants, est souvent sans danger ; elle ne doit être regardée comme pernicieuse qu'autant qu'elle s'accompagne d'un état général grave.

La *tétanique* est une des plus intéressantes, en ce sens qu'elle nous montre une maladie bien distincte, symptomatique de l'affection paludéenne. En 1864, un interne des hôpitaux de Montpellier, le Dr Coural, ayant eu la rare occasion d'observer un fait de fièvre pernicieuse tétanique, rechercha les signes qui la distinguaient du tétanos essentiel. Au point de vue des symptômes, la seule différence qu'il y ait entre le tétanos symptomatique de l'affection paludéenne et le tétanos essentiel, consiste dans l'intermittence des attaques ; cette intermittence est en général plus longue dans ce dernier cas.

Après avoir montré l'importance et la difficulté du diagnostic, il conclut :

1° Qu'il existe réellement un tétanos intermittent, de nature paludéenne, véritable fièvre larvée, curable comme telle par le sulfate de quinine ;

2° Que cette maladie, considérée d'une manière absolue, est aussi grave que le tétanos essentiel, et que sous ce rapport elle mérite la dénomination de fièvre pernicieuse au même titre que les fièvres syncopales et comateuses ;

3° Qu'il est des cas de tétanos très intense survenus à la suite d'accidents traumatiques qui n'étaient pas évidemment sous la dépendance de l'affection intermittente, et qui pourtant ont été guéris sous l'influence du quinquina.

On doit donc se hâter de recourir au sulfate de quinine dans les cas de tétanos survenu spontanément chez un individu déjà atteint de fièvre intermittente ou bien soumis à l'action des effluves marécageux, et ne jamais désespérer complètement du tétanos traumatique avant que ce précieux sel soit resté sans effet.

OBSERVATION XIII.

Fièvre pernicieuse convulsive ; type quotidien ; convulsions générales. Mort au 9^e jour,
(Cité par le Dr GOURAUD.)

Bourgeois, ouvrier d'administration, âgé de 18 ans, d'une constitution forte, en *Afrique depuis cinq mois, entre à l'hôpital militaire du Dey* le 15 août 1840. Malade depuis deux jours, il accuse des accès quotidiens survenant à 10 heures du matin ; du reste, douleurs dans les membres, crampes, céphalalgie, épigastralgie ; intelligence intacte ; pouls large, fréquent, sans dureté ; peau chaude, sudorale ; langue nette, ventre souple ; pas de diarrhée. — Diète ; 30 sangsues à l'épigastre ; 1 gram de sulfate de quinine à prendre le matin, à l'heure du réveil.

Le 20 août, à 9 heures, perte subite de connaissance, *convulsions générales* ; froid, absence du pouls ; cet état est remplacé par de la chaleur. A la visite du soir, stupeur légère ; langue rouge et sèche, selles liquides, peau chaude et sèche ; pouls dur, fréquent. — Diète ; sulfate de quinine 1 gram.

Le 21, même état. — Sulfate de quinine 1 gram. J'étais à peine éloigné de son lit que j'y suis appelé par un cri jeté par le malade, que je trouve froid, sans pouls, en proie à des *convulsions générales*, pendant lesquelles les urines et les matières fécales sont expulsées avec force. J'essaie inutilement les excitants ; quelques minutes après, Bourgeois avait cessé de vivre.

L'autopsie n'a pas été rapportée.

OBSERVATION XIV.

Fièvre pernicieuse tétanique. — Convulsions généralisées, puis contractions tétaniques pendant plusieurs heures, dans le cours d'une fièvre intermittente. — Guérison par le sulfate de quinine. (Dr COURAL, *Montp. médic.*, 1864, n^o 13.)

Le 24 octobre 1863, est entré à l'hôpital Saint-Éloi le nommé Maury, âgé de 32 ans, cultivateur, né à Saint-Michel (Hérault). Son tempérament était bilieux, sa constitution bonne.

Il n'avait eu jusqu'alors d'autre maladie qu'une fièvre typhoïde qu'il contracta

à l'âge de 24 ans et qui le retint vingt-huit jours au lit. Il se rétablit rapidement, et depuis il avait toujours été vigoureux et bien portant jusqu'au 17 octobre 1863, jour où il est tombé malade pour la seconde fois.

Il était alors depuis plusieurs jours à Maurin, maison de campagne située près de Montpellier, occupé au triage de la garance, lorsqu'à la fin de la journée il fut saisi d'un frisson violent. C'était le phénomène initial d'un accès de fièvre qui dura six heures. Le lendemain matin, à 10 h., nouvel accès beaucoup plus intense, qui ne se termine qu'à 11 h. du soir.

Le 19 et le 20 octobre, deuxième et quatrième jours de la maladie, il survint un accès matin et soir. Ces quatre accès sont bien plus faibles que les deux précédents. Les trois jours suivants, il ne survient qu'un seul accès peu intense.

Le 24 octobre, jour de son entrée à l'hôpital et le huitième de l'apparition de la fièvre intermittente, Maury présente les symptômes suivants: débilité générale, teint pâle, coloration jaunâtre de l'ovale inférieur du visage; courbature; inappétence; langue recouverte d'un enduit blanchâtre peu épais; engorgement de la rate facile à constater par la palpation. — Traitement: Tisane de chicorée, bouillon. L'accès vint à 10 h. du matin; il est très faible.

9^e jour. Pas d'accès. — Même traitement.

10^e jour. A son réveil, Maury commence à ressentir des frissons qui se répètent à de courts intervalles pendant deux heures environ. A la visite (8 h.), il accuse un malaise général. Il est dans un état qui semble annoncer un paroxysme. La fièvre est modérée. — Diète absolue.

A 2 h. de l'après-midi, l'anxiété augmente. Tous les membres, les supérieurs surtout, sont agités de *mouvements convulsifs*. La peau est modérément chaude. Le pouls, petit et irrégulier, donne 120 pulsations par minute. Le moral est profondément affecté. A 4 h. les convulsions cessent. — On administre la moitié d'une potion contenant:

Sulfate de quinine..... 1 gram.

Résine de quinquina..... 4 —

Après une heure de calme, tous les membres deviennent le siège de *contractions tétaniques* qui se suspendent au bout de une, deux ou trois minutes, pour reparaître après un temps sensiblement égal. La langue est projetée en dehors et agitée de mouvements convulsifs très rapides dans le sens antéro-postérieur; on tente en vain de la refouler dans la bouche. La déglutition est possible, mais elle ne s'effectue qu'avec beaucoup de peine.

A 5 h. et demie, les contractions tétaniques ne présentent plus d'intermittences. — Traitement: On applique *illico* sur chaque mollet un vésicatoire ammoniacal qu'on panse avec 50 centigr. de sulfate de quinine.

A 8 h., la langue rentre dans la bouche, et à l'instant même il survient du tris-

mus. L'accès est à son plus haut degré d'intensité. Les bras se mettent en croix avec le tronc; les paupières se ferment à demi, mais les pupilles restent impressionnables par l'action de la lumière. La chaleur de la peau est élevée; le pouls présente de longues intermittences. La respiration reste calme.

A 8 h. et demie, la raideur des membres supérieurs disparaît. Maury ouvre les yeux et croise les bras au-devant de la poitrine. — Il avale la deuxième moitié de la potion.

A 9 h., les contractions envahissent de nouveau les membres supérieurs et ne disparaissent qu'au bout d'une heure. Les membres inférieurs deviennent libres une heure après. Le trismus persiste encore jusqu'à trois heures du matin. Alors Maury demande à boire; il avale avec avidité la tisane qu'on lui présente, et s'endort pour le reste de la nuit.

A 5 h. du matin, le lit est trempé d'urine et de sueurs.

11^e jour (visite du matin). Maury est très abattu; il se souvient de tout ce qui s'est passé pendant l'attaque; il dit qu'il n'avait aucune douleur, mais qu'il ressentait une tension incommode dans la région dorsale et dans les membres. Le pouls est petit, régulier, à 72 pulsations; la chaleur du corps est normale; les urines ne renferment pas de sédiment briqueté, mais sous l'influence de l'acide azotique elles donnent un abondant précipité d'urates.

Traitement. Potion avec :

Sulfate de quinine.....	1 gram.
Résine de quinquina.....	3 —
Laudanum de Sydenham.....	XX gouttes

à prendre en six fois; limonade vineuse, bouillon, vin.

Soir. Retour de l'accès à 10 h. un quart. Le malade, plongé dans le sommeil, se réveille tout à coup en jetant un cri. A l'instant, tous ses membres sont raides. Comme la veille, les contractions présentent de courtes rémittences. Le trismus survient demi-heure après.

A minuit, les membres supérieurs d'abord, puis les inférieurs, deviennent libres. Le trismus cesse vers une heure. Le malade s'endort de nouveau, après avoir éteint sa soif. Bientôt la peau devient morte, mais la transpiration ne s'établit pas. La sécrétion urinaire n'est pas non plus augmentée.

12^e jour. L'abattement est plus considérable. La peau est modérément chaude et en moiteur. Le pouls est petit, à 78°. L'enduit de la langue est devenu plus épais; la bouche est mauvaise; il n'y a pas eu de selles depuis quatre jours.

Huile de ricin.....	} à 20 gram.
Huile d'amandes douces.....	
Sirop de limon.....	

à prendre de suite par cuillerées d'heure en heure. Quatre selles dans la journée.

Soir. Vers 4 h., il survient tout à coup un malaise général qui s'accompagne d'un léger mouvement fébrile. Le pouls, développé et dépressible, s'élève à 92°. Le creux épigastrique est douloureux à la pression. — Sinapismes aux membres inférieurs ; sous leur influence, le malaise disparaît. L'accès ne vient pas.

13^e jour. La langue est encore sale. — Nouvelle potion d'huile de ricin.

Le soir, potion avec :

Sulfate de quinine..... 1^{er},50.
Résine de quinquina..... 8 gram.
Laudanum de Sydenham..... XX gouttes.

à prendre en trois fois. — Bouillon, vin.

14^e jour. Maury se trouve bien. Il a dormi toute la nuit ; il demande à manger.

— Bouillon, vin, tisane d'orge vineuse.

17^e jour. L'amélioration continue. — On donne le demi-quart rôti le matin ; soupe et pruneaux le soir.

18^e jour. On donne le demi-quart matin et soir. Maury reste à l'hôpital pour reprendre des forces et observer les semaines paroxystiques. Il sort le 17 décembre, après avoir eu deux nouveaux accès de fièvre intermittente simple qui furent coupés par le sulfate de quinine.

III. — TROUBLES SENSITIFS CONSÉCUTIFS AUX ACCÈS PERNICIEUX.

Tandis que les troubles de l'intelligence et de la motilité ont de bonne heure frappé l'attention des observateurs, ceux de la sensibilité, moins difficiles à saisir, ont passé souvent inaperçus. Il nous a été facile de citer des cas de coma ou de délire, de paralysie ou de convulsion ; c'est à peine si nous avons pu trouver un fait d'*hyperesthésie cutanée* pernicieuse dans les ouvrages que nous avons consultés. L'*anesthésie* a été notée quelquesfois dans les observations précédentes, mais elle n'a pas attiré beaucoup l'attention. Grisolle ne dit pas un seul mot des troubles sensitifs symptomatiques des accès pernicieux. Jaccoud cite quelques faits : Le *système nerveux sensitif*, dit-il, peut être seul intéressé dans une sphère très limitée, et l'accident pernicieux est représenté par des douleurs ou par l'abolition d'une des fonctions sensorielles ; de là, la forme arthritique, cardialgique et amaurotique (Morand). Les fluxions locales, les désordres mélanémiques de la circulation capillaire, sont les causes organiques de tous ces phénomènes.

Le D^r Ouradou, après avoir cité plusieurs faits d'accès pernicieux paralytiques, ajoute : « Devons-nous rapprocher des accidents nerveux que nous étudions, une *exaltation de la sensibilité* dont nous avons un exemple, et qui, chez le malade auquel nous faisons allusion, était portée si loin que le moindre contact lui arrachait des cris perçants, tout à fait comparables à ceux que poussent les rhumatisants lorsqu'on touche, même avec la plus grande précaution, les articulations entreprises? Mais peut-être nous saura-t-on gré de rapporter ce cas, qui doit se présenter rarement.

OBSERVATION XV.

Fièvre intermittente ancienne non traitée. — Un accès survient : perte de connaissance, pâleur générale, extrémités froides ; *hyperesthésie cutanée* très accentuée pendant deux jours. — Traitement par le sulfate de quinine. — Guérison.

Savignai, soldat au 1^{er} bataillon d'Afrique, âgé de 25 ans, d'un tempérament lymphatique nerveux, depuis longtemps affecté de fièvre d'accès qu'il dissimule autant qu'il le peut pour ne pas être envoyé à l'hôpital, est pris d'un accès de fièvre qui se prolonge. Au bout de quelques heures, on m'appela pour le voir, et je le trouvai dans l'état suivant : perte de connaissance, gémissements confus, pâleur générale, extrémités froides, pupilles dilatées, pouls petit et médiocrement fréquent.

J'ordonne de suite de l'apporter à l'hôpital ; mais je remarque qu'au moment où on le soulève pour le placer sur le brancard, ses plaintes redoublent ; dès qu'on touche ses membres, il cherche à les retirer et pousse des gémissements, comme si ce contact était extrêmement douloureux. Dès qu'il est déposé sur son lit, à l'hôpital, il attire machinalement les couvertures jusque sur son cou, et se replie sur lui-même, comme un homme qui a froid ou est tourmenté de coliques ; il ne peut souffrir qu'on le touche ou qu'on change sa position.

La simple application de ma main sur un point quelconque de la peau suffit pour lui faire pousser des cris élevés, ce qui tient certainement à une *exagération toute particulière de la sensibilité*.

Il est impossible, pour le moment, de songer à lui faire avaler la moindre quantité de liquide. On se contente donc de faire prendre dans la journée deux lavements avec sulfate de quinine 3 gram., éther 3 gram., laudanum de Sydenham 20 gouttes ; vésicatoire à la nuque, brique chaude aux pieds.

Le lendemain, cet homme a repris connaissance, mais il est toujours replié sur lui-même ; le moindre contact lui cause, dit-il, de vives douleurs ; le plus léger bruit

l'irrite, le lumière le fatigue. Après avoir répondu un instant à nos questions, il se cache sous les couvertures et nous supplie, d'une voix dolente, de le laisser tranquille ; le pouls s'est relevé, la peau a repris de la chaleur, la langue est un peu embarrassée ; il balbutie un peu en parlant. — Il refuse de prendre le sulfate de quinine ; nous avons de nouveau recours aux lavements. Frictions avec la pommade de sulfate de quinine.

Le 13 au matin, la détente est survenue ; le malade est bien, il s'exprime sans difficulté, *sa sensibilité est normale*. — Pendant quelques jours encore, le sulfate de quinine fut continué pour prévenir une rechute ; mais la convalescence fut très rapide, et le 16 il sortait de l'hôpital.

Des troubles des sens spéciaux ont été notés quelquefois ; Citella, en 1864, rapporte dans la *Gazette médicale d'Italie* un fait de fièvre pernicieuse amaurotique ; Harris en signale un second en 1869. Nous avons vu, dans le cours des observations précédentes, des troubles de la vue, de de l'ouïe.

SYMPTOMATOLOGIE.

Les fièvres pernicieuses sont des fièvres à quinquina prenant la forme pernicieuse, c'est-à-dire s'adjoignant un élément pernicieux ; ce qui les caractérise, c'est la promptitude de leur marche, c'est l'imminence du danger qui les accompagne.

Le début des fièvres pernicieuses cérébro-spinales, comme celui de toutes les fièvres pernicieuses, est brusque et instantané. Si la fièvre pernicieuse a été précédée d'accès intermittents, au lieu de voir apparaître à l'heure du paroxysme les phénomènes habituels (frisson, chaleur et sueur), on voit survenir tout à coup des symptômes insolites (délire, coma, paralysie, convulsion, anesthésie, hyperesthésie). S'il n'a pas existé antérieurement de fièvre intermittente, c'est au milieu de la santé la plus parfaite que l'accès surprend le malade.

Le mode de début est donc un caractère commun à toutes les formes que peut revêtir la fièvre pernicieuse ; mais, à partir de ce moment, la marche et la symptomatologie varient suivant les cas. L'intelligence, la

motilité, la sensibilité, peuvent être atteintes simultanément ou séparément. Nous avons donné une description de chacune des formes principales ; ces exemples vont nous aider à exposer la marche des fièvres pernicieuses cérébro-spinales. Ce qui domine pendant l'accès pernicleux cérébro-spinal, ce ne sont point les symptômes habituels de la fièvre, ils sont masqués par les symptômes cérébraux ou médullaires. Ici, c'est une apoplexie avec coma et stertor, là un accès de délire aigu, ailleurs de l'hyperesthésie cutanée qui fait éprouver au malade des douleurs très vives, d'autres fois une perte brusque de la vue, de l'ouïe. En même temps, la température est élevée, le pouls très fréquent. « Dans les différentes formes, dit le professeur Castan, l'examen attentif des différents temps de l'accès fera souvent reconnaître l'existence de quelques symptômes rappelant les stades du paroxysme de la fièvre intermittente ; c'est ainsi que dans la forme délirante on voit le délire, qui pour lui remplace la période d'expansion, de chaleur, etc., précédé d'un état syncopal analogue évidemment au temps de concentration, au frisson. »

Le malade peut succomber au premier accès, mais le plus souvent la mort ne survient qu'au second ou troisième accès. Peu à peu, la température redescend, le pouls devient moins fréquent, l'accès prend fin ; mais tandis que les troubles nerveux consécutifs à l'accès simple disparaissent avec lui, les troubles encéphaliques ou médullaires consécutifs aux accès pernicleux en sont comme une suite, la conséquence et l'expression symptomatique principale ; ils persistent plus ou moins longtemps après la cessation de l'accès. Bien plus, si un accès nouveau intervient, on voit les troubles nerveux, qui tendaient déjà à disparaître, acquérir une nouvelle intensité.

Après une durée qu'il est impossible de déterminer et qui varie suivant une foule de circonstances, si la mort n'arrive pas par le fait de l'intensité de la congestion cérébrale, la peau se couvre de sueur, une rémission se manifeste. Le délire devient moins intense et fait place à de l'affaissement : suite inévitable de la fatigue occasionnée par les efforts qu'a dû faire le malade pendant l'accès. Le coma est remplacé par de la somnolence ; les contractures, les mouvements convulsifs, cessent ; la motilité, la sensibilité,

reviennent peu à peu dans les membres paralysés ou insensibles. « Le malade, dit Maillot, exécute quelques mouvements automatiques ; ses paupières se relèvent, ses yeux restent largement ouverts ; il est longtemps étranger à ce qui se passe autour de lui ; c'est dans ce moment, bien plus encore qu'au début, qu'il a cet air étonné que, dans aucune affection, on n'a vu aussi prononcé. Il reprend peu à peu, et comme en détail, l'usage de ses sens ; la vue, l'ouïe, la parole, reviennent successivement. C'est dans cette période que le médecin doit se hâter d'agir, car bientôt peut se déclarer un nouvel accès qui emportera le malade. »

La fièvre pernicieuse cérébro-spinale se montre rarement sous d'autres types que les types quotidien, tierce, double tierce. La marche de cette affection est très rapide et le péril augmente avec le nombre des accès. Il arrive fréquemment aussi que ceux-ci sont d'autant plus longs qu'ils se renouvellent plus souvent ; parfois même ils deviennent subintrants. Suivant Maillot, les quotidiennes deviennent pernicieuses du troisième au sixième accès, et les tierces du troisième au quatrième.

Lorsqu'on ne fait rien pour prévenir la fièvre, presque tous les malades succombent au troisième ou au quatrième accès. Rarement la maladie se prolonge jusqu'au cinquième ; beaucoup meurent dès le second ou même le premier. Les fièvres pernicieuses offrent encore ceci de particulier qu'elles peuvent se transformer les unes dans les autres. Il peut se faire encore que deux ou trois symptômes prédominent au même degré.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les altérations dépendant des accès pernicieux doivent être recherchées dans la rate et dans les centres nerveux.

Dans presque tous les cas, on trouve une congestion de la *rate*, qui est augmentée de volume, ramollie et diffluite. La congestion a même été dans certains cas si violente qu'elle a causé une rupture de l'organe, d'où hémorrhagie interne foudroyante ou péritonite suraiguë.

Du côté des *centres nerveux*, le plus souvent il n'y a que de la congestion. Ainsi, chez le malade de l'observation, qui a succombé dans le

coma, nous n'avons trouvé à l'autopsie du cerveau que de la congestion; les sinus étaient gorgés de sang, la pie-mère très congestionnée; des coupes faites sur divers points du cerveau montrèrent un piqueté rouge; nulle part on ne constata d'hémorrhagies. — Les gros vaisseaux ne contenaient pas de caillots et d'embolies. Du côté de la moelle, on retrouve les mêmes altérations.

Dans certains cas, on a trouvé des embolies pigmentaires, des petites artères du cerveau et des hémorrhagies cérébrales; c'est la substance grise corticale du cerveau qui se trouve habituellement le siège des lésions. Les forces intellectuelles, motrices et sensitives, peuvent être isolément ou simultanément altérées. La substance grise de la moelle, les cornes antérieures ou postérieures, ne sont plus rarement atteintes. Quand ces altérations ne se modifient pas sous l'influence du traitement: elles donnent lieu à des dégénérescences secondaires.

On peut trouver encore d'autres altérations dans les divers organes: elles ne se rattachent pas directement aux accès pernicieux; nous ne pouvons pas nous en occuper ici.

ÉTIOLOGIE — PATHOGÉNIE.

Ce sont les contrées méridionales, les colonies de l'Algérie ou de la Cochinchine, qui fournissent le plus grand nombre de cas. « Il est rare, dit Grisolle, de voir des accès pernicieux ailleurs que dans les pays marécageux; on les rencontre spécialement dans ceux qui sont le plus insalubres. A Paris, on en observe rarement; nous en avons pourtant reconnu déjà cinq ou six exemples. Peut-être les accès pernicieux ne semblent-ils si rares à Paris que parce qu'ils passent souvent inaperçus; beaucoup de malades succombent sans qu'on soupçonne même la nature de l'affection. »

Dans le midi de la France, où se trouvent de nombreux étangs, les accès pernicieux sont relativement fréquents, et, dans certaines régions malsaines de l'Algérie, on les a vus sévir d'une façon épidémique sur les militaires.

Dans une même région, les variations de température, les perturbations

atmosphériques, toutes les causes qui favorisent le développement de l'effluve paludéen, favorisent aussi la production des accès pernicioeux.

« Le pluie et les inondations qui ont affligé le midi de la France dans ces derniers temps, dit M. le professeur Grasset, ont amené sur le littoral méditerranéen des accidents paludéens. Les fièvres intermittentes, qui diminuaient les années précédentes, ont encombré de nouveau les salles de l'hôpital Saint-Éloi d'une manière véritablement extraordinaire. » Parmi les cas à forme rare qu'il a observés, il signale l'observation à forme apoplectique avec hémiplegie, que nous avons rapportée plus haut.

« Les causes des fièvres pernicioeuses sont les mêmes que celles des continues et des rémittentes, dit M. le professeur Castan : *D'une part*, intensité plus grande de l'effluve paludéen, prouvée par ce fait que les fièvres pernicioeuses ne s'observent que très rarement en dehors des pays marécageux ; *d'autre part*, disposition intense particulière, favorisée souvent par la faiblesse du sujet. C'est en effet surtout chez les individus détériorés par la misère, les excès, par des fièvres intermittentes antérieures, qu'apparaissent les fièvres pernicioeuses. » L'état de l'individu influe beaucoup sur la réalisation des accès pernicioeux. Il est un fait que les fièvres paludéennes sont plus intenses et plus pernicioeuses chez les personnes étrangères aux pays marécageux, où elles contractent l'affection, que chez les habitants de ces localités. Les travailleurs qui descendent chaque année de leurs montagnes dans nos plaines, pour aider aux travaux de la campagne, sont très exposés aux accès pernicioeux ; il en est de même pour les jeunes soldats envoyés dans certaines régions de l'Algérie.

En dehors des causes générales, il en est d'autres qui donnent lieu plus spécialement aux fièvres pernicioeuses cérébro-spinales. Tandis que le froid, les variations de température, provoquent surtout les formes thoraciques, les climats chauds favorisent peut-être le développement des formes cérébro-spinales. C'est surtout à la fin de l'été et en automne qu'on voit se manifester des cas de ce genre.

A quoi sont dus les troubles variés que nous venons d'étudier ? « Le caractère transitoire des troubles nerveux, dit Landouzy, exclut l'idée d'un

ramollissement cérébral; quelle est donc l'altération fonctionnelle suffisante pour produire des troubles moteurs, intellectuels ou sensitifs, et assez superficielle pour disparaître rapidement et complètement? Il ne peut s'agir que d'un trouble momentané d'irrigation, et voilà comment on est amené à faire jouer à la congestion cérébrale un rôle considérable pour expliquer les accidents palustres. »

Cette congestion des centres nerveux (encéphalique ou médullaire) est réelle pendant le premier stade de la fièvre; il y a dans cette période de concentration un refoulement du sang vers les organes profonds, tandis que les parties périphériques sont anémiées.

Cette congestion est suffisante pour provoquer des désordres de motilité, comme le pensent Maillot (Traité des fièvres graves) et Ouradou. — Telle est encore l'opinion de MM. Jaccoud et Grasset : « La guérison rapide de ces maladies ne permet pas d'admettre chez eux autre chose que de la congestion ».

M. Vincent, faisant des réserves à ce sujet, rappelle qu'à l'opposé des paralysies dues à la congestion cérébrale simple, les paralysies d'origine palustre persistent longtemps et peuvent n'affecter que quelques groupes musculaires.

Ces objections ont leur valeur et doivent faire admettre que si la congestion cérébrale joue un rôle qui n'est pas douteux, il y a un autre élément qui intervient : c'est la *mélanémie*, l'altération pigmentaire du sang.

Ces pigments ont été constatés dans les vaisseaux de la région corticale; — on les a considérés comme l'origine des premiers foyers capillaires attribués, tantôt à l'obstruction des vaisseaux, tantôt à leur déchirure par obstruction du sang (*Rindfleisch*), ou à la rupture de petits anévrysmes capillaires remplis de pigment (*Helsch*).

En 1869, M. le professeur Bertin, dans le chapitre sur les Origines de l'embolie, dit :

« Parmi les embolies, il en est qui sont fournies par des amas de pigment sanguin. Le pigment pathologique accumulé dans le sang par l'influence destructive du miasme paludéen sur les globules rouges (*Griesinger*), ne se présente pas toujours à l'état libre, et peut s'agglomérer, ainsi que

Meckel l'a indiqué le premier, en petites masses irrégulières maintenues par une substance incolore. Que ces coagulum particuliers consistent en fibrine précipitée sur les angles des granules (Niemeyer), ou que les granules mélaniques s'agglutinent ainsi sous l'influence d'un reste de globuline à laquelle la matière colorante du sang était récemment associée dans les leucocytes intacts, il n'en est pas moins évident que cette aptitude des granulations pigmentaires à s'agglomérer en masses croissantes peut devenir une cause d'obstruction pour le vaisseau capillaire. La réalité de ces embolies pigmentaires n'est plus même un objet de doute depuis que des obstructions de cette nature ont été régulièrement constatées par Planer et Frerichs dans les capillaires du cerveau, des reins, du foie, chez des sujets atteints de mélanémie.

» Toutefois l'importance de ces embolies spéciales gagnerait évidemment à ce que l'accord s'établît entre les auteurs qui leur attribuent des symptômes cérébraux, rénaux, hépatiques, des fièvres paludéennes, et ceux qui, avec Planer et Frerichs eux-mêmes, voient dans le défaut d'une coïncidence constante entre les symptômes et les lésions, dans la stabilité des obstructions opposées à l'intermittence des phénomènes, enfin dans le succès de la quinine, des objections sérieuses à une semblable pathogénie. »

Nous allons essayer de donner l'explication des phénomènes morbides, qui, étant très variables, doivent avoir des causes diverses.

On comprend que, dans les accès apoplectiformes, l'extravasation sanguine qui se produit amène une compression de l'encéphale qui ne diffère en rien de celle qui a lieu dans l'apoplexie véritable, et que la paralysie consécutive soit la même.

Dans l'accès comateux, une forte congestion sanguine se produisant sur le cerveau, l'insensibilité, la suspension des facultés intellectuelles et motrices l'accompagnent. Mais, l'accès passé, l'excès de sang retenu par les capillaires est peu à peu repris par la circulation générale ; alors, l'organe étant à peu près débarrassé, le trouble fonctionnel cesse. L'innervation reprend sa force. Si au contraire la congestion persiste en partie, et l'analogie est là qui le démontre d'une manière irrécusable quand on observe

ce qui se passe du côté de la rate, alors on voit l'organe incomplètement débarrassé recouvrer aussi incomplètement ses fonctions.— La vue est encore affaiblie, la parole difficile, les mouvements ne sont pas tout à fait libres, l'intelligence est faible, une céphalalgie gravative tourmente le malade.

Supposons maintenant que la congestion porte sur la moelle épinière, et les résultats nécropsiques que nous avons eu l'occasion de noter nous prouvent que cette supposition est d'accord avec les faits, on verra alors, suivant le degré de la congestion, la paralysie ou seulement la faiblesse des membres inférieurs.

Cette paralysie et cette faiblesse sont le plus souvent d'une courte durée; mais que l'irritation ou l'inflammation s'empare de la partie congestionnée, et l'on verra alors la maladie s'aggraver de plus en plus jusqu'au terme fatal.

DIAGNOSTIC.

DIAGNOSTIC DIRECT. — La rapidité du diagnostic s'impose en raison des caractères pernicieux de la fièvre; mais le praticien se trouve cependant en présence de bien des difficultés et doit les connaître pour ne pas s'égarer au sujet des accès pernicieux cérébro-spinaux, passant habituellement inaperçus, soit parce qu'ils sont peu indiqués, soit parce qu'un symptôme important tel que : délire, coma, convulsion, caractéristique de l'état pernicieux, est venu détourner l'attention.

Dès qu'on verra survenir brusquement, chez un individu, un symptôme grave quelconque, ne persistant que quelques heures et se dissipant spontanément, il faudra alors soupçonner une affection périodique et diriger le traitement d'après cette idée. Une affection d'allure grave, qui se développe et se termine dans un court espace de temps, ne peut être qu'une maladie pernicieuse. Cette considération aura surtout de la valeur si on observe dans un pays marécageux où règnent des fièvres pernicieuses; l'essai thérapeutique viendra confirmer le diagnostic.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. — De nombreux caractères, dit Landouzy,

permettent de différencier les troubles nerveux dus aux accès simples de ceux qui résultent d'accès pernicieux. Les troubles nerveux du premier groupe sont des troubles d'accès, ils se produisent et disparaissent avec lui ; les seconds sont comme une suite de l'accès pernicieux ; ils en sont la conséquence et l'expression symptomatique principale ; ils persistent plus ou moins longtemps après la cessation de l'accès. Enfin, les troubles nerveux de la fièvre pernicieuse sont des plus variables.

Des troubles nerveux cérébro-spinaux se manifestant chez de vieux paludéens soumis à un traitement irrégulier par le sulfate de quinine, ont pu faire croire à une intoxication quinique, ce qui était très fâcheux pour les malades, puisqu'on leur supprimait leur seul moyen de guérison. « Tout d'abord, dit Ouradou, j'ai mis ces troubles nerveux sur le compte du médicament, mais je me suis bientôt aperçu qu'ils persistaient malgré la suspension du traitement ; j'ai dû alors porter mon attention sur une autre cause, et j'ai pensé tout naturellement à la fièvre elle-même, en d'autres termes à l'intoxication marématique. »

PRONOSTIC.

Les troubles nerveux qui se produisent et les conditions d'intoxication marquée dont ils sont les manifestations, rendent le pronostic d'une gravité extrême.

Malgré toutes les ressources thérapeutiques, les malades peuvent succomber sous l'influence d'une rechute, comme nous l'avons signalé.

Les formes comateuses et convulsives sont les plus graves. Si l'on n'est appelé qu'après le deuxième accès, le péril est très grand, car souvent le troisième, qui est communément fatal, ne peut alors être prévenu. La tendance de la maladie au type continu, des accès subintrants, sont des circonstances des plus fâcheuses. Le refroidissement du corps, la décomposition des traits, la faiblesse du pouls, sont des symptômes avant-coureurs d'une mort prochaine. Dans les pernicieuses cérébro-spinales plus que dans tout autres, la mort peut être foudroyante, par le fait d'une congestion intense sur le bulbe, amenant une syncope.

Nous ne dirons rien de la prophylaxie des fièvres intermittentes : ce sujet nous entraînerait trop loin ; nous ne parlerons que de celle des accès pernicieux cérébro-spinaux.

TRAITEMENT.

Le *traitement prophylactique*, dans une maladie aussi grave, ne saurait être négligé.

Les accès pernicieux peuvent débiter d'emblée chez des individus sains ; ils arrivent alors à l'improviste, on ne peut rien faire pour les prévenir. Mais ce mode de manifestation n'est pas le plus fréquent ; habituellement, ils surviennent dans le cours de fièvres intermittentes mal soignées, chez de vieux paludéens ; ce n'est qu'après plusieurs accès de fièvre intermittente simple que l'élément pernicieux s'ajoute. L'utilité du traitement prophylactique est ici d'une grande évidence. Le sulfate de quinine bien administré, aidé d'une bonne hygiène, pourra prévenir les accès pernicieux.

Traitement spécifique. — Dès que la fièvre pernicieuse est reconnue ou seulement soupçonnée, il faut se hâter de donner le sulfate de quinine, fût-on dans un des deux premiers stades de la fièvre. On n'espère pas avoir une action sur l'accès actuel ; mais, s'il n'est pas fatal, il pourrait être suivi d'un autre de si près que, si l'on attendait l'apyrexie pour agir, on arriverait trop tard. Comme le temps presse, il faut donner le médicament à doses élevées et aussi rapprochées que possible. L'utilité de ce procédé était si bien reconnue autrefois, qu'on introduisait le médicament en même temps par toutes les voies par lesquelles il pouvait être absorbé : on l'administrait concurremment par la bouche, en lavements et par la méthode endermique. Tous ces moyens étaient bons, mais ils n'agissaient pas assez vite. Les injections hypodermiques, actuellement préconisées, ont le double avantage d'agir très vite et de pouvoir être toujours employées. On peut se servir de la solution de bromhydrate ou de sulfate de quinine. Le bromhydrate est soluble à chaud dans 10 gram. d'eau addition-

uée d'acid : chlorhydrique ; le sulfate de quinine est dissous dans une petite quantité d'acide tartrique. Depuis quelques années, on emploie beaucoup, dans les hôpitaux de Montpellier, la solution suivante, préconisée par M. le professeur agrégé Hamelin :

Sulfate de quinine.....	1 gram.
Acide tartrique.....	0,55 centigr.
Eau.....	3 à 4 gram.

Traitement des symptômes et des lésions. — Le sulfate de quinine, qui peut suffire dans les cas simples, a besoin d'être secondé par d'autres moyens dans les accès pernicieux. Ainsi, pendant l'accès pernicieux, la congestion intense des centres nerveux, le délire furieux du malade, les convulsions, la douleur, sont des éléments d'indications qu'on ne peut négliger. On combattra la congestion céphalique par une saignée générale ou locale, suivant l'état du poulx ; on appliquera des sangsues sur les malléoles, et on calmera la douleur en associant de l'opium au sulfate de quinine.

Les accidents nerveux cèdent ordinairement avec facilité lorsqu'on les combat au début, mais souvent ils résistent avec opiniâtreté aux traitements les plus rationnels et les mieux dirigés. L'accès terminé, le malade peut revenir à son état normal ; mais le plus souvent il existe encore une congestion des centres nerveux qui nécessite alors l'emploi des dérivatifs ; des sangsues doivent être placées une à une de chaque côté des apophyses mastoïdes, suivant la méthode de Gama. Ce moyen, comme toutes les émissions sanguines, n'est pas sans danger ; il faut se garder de le prodiguer. Maillot usait trop des émissions sanguines ; aussi a-t-il vu des accidents pernicieux survenir après leur emploi, tandis qu'il les eût prévenus sûrement en administrant plus tôt le sulfate de quinine. Dans les pernicieuses comateuses, de grands vésicatoires appliqués sur la tête préalablement rasée peuvent avoir de grands avantages. Dans certains cas, comme le dit Ouradou à propos des paralysies pernicieuses rebelles au sulfate de quinine, il faut recourir à un nouvel ordre de moyens, et, lorsque l'irritation a cessé, il faut employer les toniques.

Les excitants nerveux peuvent aussi devenir très utiles, comme les frictions irritantes sur le trajet du cordon nerveux et de petites doses de strychnine appliquées sur le derme préalablement dénudé au moyen d'un vésicatoire. Dans certains cas enfin, surtout dans le but de combattre les accidents paralytiques ou anesthésiques, des bains sulfureux et des courants faradiques rendent de grands services.

RÉSUMÉ.

En résumé, nous nous sommes efforcé de faire une description qui contribuera, je l'espère, à l'étude clinique des nombreuses formes pernicieuses cérébro-spinales. Après avoir distingué les fièvres pernicieuses des fièvres à quinquina, d'une gravité exceptionnelle et d'une marche rapidement fatale par suite de l'élément pernicieux qui venait s'y joindre, nous avons passé en revue les diverses classifications proposées par les auteurs. Nous avons démontré que, si les uns tendaient à augmenter les formes cliniques, les autres s'efforçaient de les restreindre et de les réduire à l'unité : pour eux, il n'y aurait qu'une fièvre pernicieuse, de même qu'il n'y aurait qu'une variole, une rougeole, une scarlatine. Nous avons cru devoir admettre deux grandes catégories : celles de *solitariae* et de *comitatae*, et celles-ci nous les avons subdivisées à leur tour : identiques quant au fond, reconnaissant toutes une même nature paludéenne, elles diffèrent entièrement, par leur tableau symptomatique comme par leur siège anatomique, qui peut être dans le thorax, l'abdomen ou dans le crâne.

L'étude clinique des diverses formes de fièvres pernicieuses cérébro-spinales est surtout l'objet de notre travail. Presque toutes les formes morbides du système nerveux peuvent être produites par les accès pernicieux ; pour le démontrer, nous citons d'abord des faits cliniques ; nous voyons successivement les troubles intellectuels, le coma ou le délire, les troubles moteurs, convulsifs ou paralytiques, les troubles sensitifs, tous liés aux accès pernicieux.

Sur ces faits est basée notre étude des fièvres pernicieuses cérébro-

spinales. Caractérisées par leur début brusque et instantané, par leur marche rapide, elles ont des périodes de rémission et d'exacerbation ; les accès sont de plus en plus graves. La mort peut arriver dès le premier accès, ou vers le troisième ou le quatrième si on n'a pu les prévenir. Les lésions constatées à l'autopsie sont ordinairement de simples congestions plus ou moins intenses ; parfois on a vu des embolies pigmentaires et des hémorrhagies capillaires de la substance grise. Les causes probables sont une infection plus ou moins grande par les miasmes paludéens et une disposition de l'individu. Le pronostic est grave. Le diagnostic est plein de difficultés que le praticien doit connaître, car il faut se hâter d'instituer le traitement spécifique par le sulfate de quinine, le moindre retard pouvant avoir de graves conséquences pour le malade.

Mais le traitement des symptômes ne doit pas faire négliger celui des accès, dont il faut à tout prix éviter le retour. Pour plus de sûreté, il est bon d'observer une ou plusieurs semaines paroxystiques ; après avoir donné le sulfate de quinine pendant trois ou quatre jours à la dose de 1 gram. où 1^{gr},50, on suspend l'administration, pour donner une nouvelle dose le huitième jour.

Enfin il faut se souvenir d'un précepte qui a une grande importance dans le traitement des fièvres intermittentes : le malade doit abandonner la localité dans laquelle il a contracté la fièvre ; c'est peut-être là une condition indispensable de la guérison.

CONCLUSIONS.

Des faits que nous avons présentés et des considérations auxquelles ils ont donné lieu, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

1° Les fièvres pernicieuses sont des fièvres à quinquina auxquelles s'est joint l'élément pernicieux. Elles ont toutes la même nature paludéenne, mais leur tableau symptomatique diffère suivant qu'elles sont simples ou compliquées, d'où la grande division en *solitariae* et *comitatae* (Torti).

2° Parmi ces dernières, il en est qui présentent, comme symptômes prédominants, des troubles de l'encéphale ou de la moelle, le raptus sanguin se faisant du côté de ces organes : ce sont les fièvres pernicieuses cérébro-spinales.

3° Presque toutes les maladies auxquelles est exposé le système nerveux peuvent servir de manifestations aux fièvres pernicieuses. Certaines formes se présentent plus fréquemment : ainsi, la fièvre pernicieuse comateuse, la fièvre pernicieuse paralytique ou convulsive ; d'autres sont plus rares : la fièvre pernicieuse délirante, la fièvre pernicieuse hyperesthésique. Enfin, il en est qui sont exceptionnelles : ainsi les formes syncopales et hydrophobiques, qui résultent de la localisation du poison morbide au bulbe.

4° Leur début brusque, instantané, foudroyant ; leur marche rapide, leur tendance à une terminaison fâcheuse, caractérisent nettement ces troubles encéphaliques ou médullaires, et permettent de les distinguer des autres maladies du système nerveux qui n'ont pas la même nature.

5° Le succès rapide du sulfate de quinine quand on l'emploie dès le début, la disparition des accidents nerveux, sont encore des preuves certaines de la nature paludéenne de toutes ces formes cliniques cérébro-spinales.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

- MERCATUS. 1586. — De februm essentia, differentia, curatione. Valladolid.
- MORTON. — Opera medica, tom. I.
- WERLHOF. 1745. — Obs. de febris præcipue intermittentibus. Hanovre.
- TORTI. 1721. — Therapeut. spec., liv. III, chap. I, pag. 374. Modenæ, 1709-1712.
- CASIMIR MÉDICUS. 1790. — Traité des maladies périodiques sans fièvre. Paris, 1790.
Ad febres perniciosas periodicas.
- GRIMAUD. 1815. — Cours de fièvres, tom. I, pag. 4, 2^e édit. Montpellier, 1815.
- ALIBERT. 1801. — Dissertation sur les fièvres pernicieuses ou ataxiques intermittentes. Thèse Paris, an VIII.
- COLLIN. — Traité des fièvres intermittentes, pag. 235 et 349.
- BAILLY. 1825. — Traité anatomico-pathologique des fièvres intermittentes simples et pernicieuses. Paris.
- BAUMES. 1821. — Traité des fièvres rémittentes. 1821.
- MAILLOT. 1836. — Traité des fièvres ou irritations cérébro-spinales intermittentes, d'après les observations recueillies en France, en Corse et en Afrique. Paris.
- LITTRÉ. 1837. — Dict. de Méd. en 30 vol., art. Intermittent.
- BOUDIN. 1842. — Traité des fièvres intermittentes. Paris, 1842.
- GOURAUD. 1842. — Études sur les fièvres intermittentes pernicieuses dans les contrées méridionales. Avignon, 1842.
- HASPEL. 1852. — Maladies de l'Algérie, 1852.
- GUINIER. 1855. — De la fièvre intermittente pernicieuse vulgairement appelée accès malin. Thèse de Montpellier, 1855, n° 26.
— Note clinique pour servir à l'histoire de la fièvre intermittente pernicieuse, à propos d'une observation d'accès pernicieux. Montpellier, 1857.
- VIVIEN. 1851. — Essai sur les fièvres intermittentes pernicieuses observées à la côte occidentale d'Afrique. Thèse Montpellier, 1851, n° 127.
- BONNET (de Bordeaux). 1853. — Traité des fièvres intermittentes.
- TROUSSEAU ET PIDOUX. — Traité de thérapeutique et matière médicale, 1851.

- COURAL. 1864. — Étude sur la fièvre pernicieuse tétanique et le tétanos essentiel. (Montpellier Médical, 1864, tom. XIII.)
- ZANDA. — Pernicieuse paralytique. (Ann. univ. di Med., 1864.)
- CITELLA. — Pernicieuse amaurotique. (Gaz. med. Ital. Lombard. 1864.)
- PELAGGI. 1867. — Due casi di pernicioso comitato paralitico tetanico. (Revista clin. di Bologna, 1867.)
- MORANI. 1868. — Des formes de la fièvre intermittente pernicieuse observées en Cochinchine. Thèse de Montpellier.
- OURADOU. 1851. — Des accidents de paralysie suite de fièvre intermittente. Thèse de Paris, 1851, n° 213.
- HARRIS. 1869. — Pernicieuse amaurotique. (Americ. Journ. of med. Sc., 1869.)
- STOCKMAN. 1869. — Pernicieuse comateuse. (Bullet. Soc. méd. de Gand.)
- DE WOLF. — Pernicieuse tétanique. (Ann. Soc. méd. d'Anvers.)
- DESGUIN. — Pernicieuse aphasique (eod loc.).
- LABAT. — Des fièvres rémittentes pernicieuses. (Journ. méd. Bordeaux, 1869.)
- ARNOULD. — Du traitement des fièvres d'Algérie par les injections hypodermiques de sulfate de quinine. (Bull. gén. de Thérapeut., janv. 1867.)
- NIEMEYER. 1866. — Traité de pathologie interne et de Thérapeutique.
- CASTAN. 1866. — Traité des Fièvres : fièvres pernicieuses, pag. 229.
- GRISOLLE. 1865. — Traité de pathologie interne.
- BERTIN. — Étude critique de l'embolie dans les vaisseaux veineux et artériels, 1869.
- FRISON. 1870. — Des manifestations variées de l'impaludisme au point de vue pathogénique. (Recueil de Mém. de Méd. milit., 3 sér., 1870, tom. XXX.)
- MALEZIAN. — Observation d'un cas de fièvre intermittente pernicieuse à forme comateuse ou apoplectique. (Gazette méd. d'Orient, 1870.)
- GRIESINGER. — Traité des fièvres. 1868.
- BOISSEAU. 1871. — Aphasie transitoire liée à des accès de fièvre intermittente. (Gazette hebdomadaire, 1871.)
- RINDFLEISCH. — Traité d'histologie pathologique.
- HAMARY. — Febris int. apoplectico-epileptica tertiana. (Petersb. med.-chir. Presse.)
- BURLET. 1872. — Du tétanos intermittent et de la périodicité dans les névroses. Thèse Montpellier, 1872, n° 16.
- CALMETTE. 1872. — Délire mélancolique consécutif à une fièvre intermittente ortiée (Gaz. Hôpit., 1872.)
- FISSEUX-LAVIT. 1873. — Pneumonie pernicieuse. (Gaz. Hôpit., 1873.)
- ISNARD. 1874. — De l'arsenic dans les fièvres pernicieuses. (Union méd., 1874.)
- HERTZ. 1874. — Dict. de Médecine et de Chirurgie pratiques de Jaccoud, art. Intermittentes.
- KELSCH. 1875. — Achr. de Phys. normale et pathologique, 1875, n° 5.

- GRASSET. 1876. — Observation d'accès pernicieux à forme apoplectique avec hémiplégie. Étude clinique sur les diverses manifestations hémiplegiques de l'intoxication paludéenne. (Montpellier Médical, 1876, tom. XXXVI.)
- 1881. — Localisations nerveuses dans l'impaludisme. — Malad. du Système nerveux, 2^e édit., 1881.
- JACCOUD. 1877. — Traité de pathologie interne, 5^e édit., 1877, tom. II.
- VINCENT. 1878. — Des paralysies dans les fièvres intermittentes et leur pathogénie. Thèse de Montpellier, 1878.
- CASANOVA. 1877. — Des accès pernicieux à forme comateuse et des avantages que l'on peut retirer, dans leur traitement, des bains froids employés comme adjuvants du sulfate de quinine. Thèse de Montpellier, 1877, n^o 29.
- DUPRÉ. 1879. — Leçons orales (novembre 1879).
- LANDOUZY. 1880. — Des paralysies dans les maladies aiguës ; des paralysies consécutives aux accès pernicieux. Thèse d'agrégation. Paris. 1880.
- SOREL. 1882. — Recherches de la glycosurie chez les paludiques. (Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie. Paris, novembre 1882, n^o 44-47.)

Vu, bon à imprimer :

Le Doyen,
J. BENOIT.

Vu :

Le Président-Censeur,
BERTIN-SANS.

Permis d'imprimer :

Pour le Recteur de l'Académie,
Correspondant de l'Institut.
Le Doyen de la Faculté de Droit délégué,
VIGIÉ.



QUESTIONS TIRÉES AU SORT
AUXQUELLES LE CANDIDAT RÉPONDRA VERBALEMENT

(Arrêté du 22 mars 1842.)

Chimie médicale et Pharmacie.

Les préparations chimiques et pharmaceutiques officinales dont la magnésie fait partie.

Physique médicale.

Des propriétés chimiques des courants électriques.

Botanique et Histoire naturelle médicale.

Donner les caractères distinctifs des Solanées, des Borraginées et des Scrofularinées.

Anatomie.

Description de l'appareil biliaire.

Anatomie Pathologique et Histologie.

De la structure du cristallin.

Physiologie.

Les fonctions de l'ovaire.

Pathologie médicale ou interne.

Quelles sont les causes des palpitations de cœur ?

Pathologie chirurgicale ou externe.

De la désarticulation du coude.

Thérapeutique et Matière médicale.

Des préparations antimoniales.

Opérations et Appareils.

Des amputations partielles du pied.

Médecine légale et Toxicologie.

De l'empoisonnement par les champignons.

Hygiène.

Causes et prophylaxie du scorbut.

Accouchements.

De l'hémorrhagie utérine au dernier terme de la grossesse.

Clinique interne.

Diagnostic de la tuberculisation générale aiguë.

Clinique externe.

Des diverses espèces d'ophtalmies et les moyens de les reconnaître.

Clinique des maladies mentales et nerveuses.

Des éléments du délire des persécutions.

Titre de la Thèse à soutenir.

Contribution à l'étude des fièvres intermittentes pernicieuses cérébro-spinales.
